الطب النفسى

هذا الكتاب فائز بجائزة الدولة
فى العلوم الطبية

النفس

أسرارها.. وأمراضها

دكتور

محمود حمودة

الطب النفسى

النفس

دكتور
محمود عبد الرحمن حموده
بكالوريوس الطب والجراحة
ماجستير الأمراض العصبية والنفسية
دبلوم العلاج والتحليل النفسى للأطفال والمراهقين
دكتوراه الطب النفسى
أستاذ الطب النفسى بطب الأزهر
الحاصل على جائزة الدولة فى العلوم الطبية
ومنح نوط الامتياز من الطبقة الأولى من السيد رئيس الجمهورية

الطبعة الثالثة

يطلب من المؤلف :

- **العيـــادة** : ٨١ ش جسـر السويـس روكسـى مصر الجديدة

ت ٤٥٤١٠٦٧ - ٤٠١٠٦٧١

المواعيد : (من ٦- ١٠ مساء يوميا عدا الخميس والجمعة أجازة - والاثنين من ١٠ - ١ ظهراً)

- **مركز الطب النفسى والعصبى للأطفال** : ١٣ ش قايتباى ميدان الاسماعلية مصر الجديدة .

ت ٦٧٥٥٧٤ (٤١٩٥٥٧٤)

المواعيد : (من ٩ - ٢ ظهراً ومن ٥ - ٨مساءً يوميا عدا الخميس والجمعة)

بسم الله الرحمن الرحيم

« وفى أنفسكم أفلا تبصرون »

صدق الله العظيم

شكر

أتوجه بالشكر لأساتذتى الذين علمونى

ولطلابى الذين تعلمت منهم بقدر ماعلمتهم

ولزملائى على ملاحظاتهم وتشجيعهم

ولزوجتى وأولادى الذين أعانونى وتحملونى

بسم الله الرحمن الرحيم

(مقدمة الطبعة الأولى)

تسود العالم اليوم الحضارة الغربية التى تتميز بسيطرة الاتجاه المادى على الاتجاه المعنوى والروحى ، وتبعا لذلك سيطرت المادة على ما عداها ، فكان الاهتمام بدراسة الماديات فى مختلف نواحى الحياة ، بما فى ذلك دراسة الطب ، حيث ظهر الاهتمام بالجانب المادى ، وهو الجسد أكثر من الجانب المعنوى الذى يتمثل فى النفس ، ولم يقتصر الأمر على ذلك بل تعداه الى تفسير الجوانب المعنويه على أسس مادية بحته . . . . . ونحن هنا لانعيب التفسير ولكننا نرى قصورا فى تدريس الجوانب المعنويه (التى قصدنا بها النفس) على مستوى خريجى كليات الطب فى مصر فأردنا أن نساهم فى تدعيم هذا الاتجاه حتى لايعامل المريض على المستوى المادى فقط ، ككتلة من اللحم تسرى فيها الحياة وتكون ممارسة الطب البشرى أقرب الى الطب البيطرى حين لايعير الطبيب التفاتا الى الجوانب المعنوية للمريض . . . وسوف نلاحظ فى الصفحات التالية كيف ان الجوانب المادية ترتبط بالجوانب المعنوية للانسان (وهى علاقة النفس والجسد) بل يرتبطان بالمجتمع الذى يعيش فيه الفرد .

وهذه الجوانب الثلاثة (الجسدية والنفسية والاجتماعية) للانسان تلتقى فى تخصص الطب النفسى الذ يدرس معاناة الانسان النفسية والعقلية الناتجة عن اضطراب أى من الجوانب الثلاثة السابقة أو من التفاعل فيما بينها ، بهدف تخفيف هذه المعاناة بالعلاج أو الوقاية منها بما يحقق أسمى أهداف المهنة الطبية فلاشك أن الوقاية خير من العلاج .

واذا كنا نؤكد على احترام معنويات المريض ومشاعره فإن لغته هى الوسيلة فى التعبير عن معاناتة والمريض العربى يعبر بلغته العربية ، وحين يستمع اليه طبيبه العربى فانه يفكر فيما يسمعه بلغة عربية ولايبقى الا أن يسجلة بنفس اللغة ، ولكن عند هذه المرحلة نرى الطبيب وقد اجتهد فى نقل ذلك الى لغة أجنبية ، الأمر الذى يفسر بأنه استمرار للطريقة واللغة التى تعلم بها الطب ، ويظل الطبيب قريبا من معاناة مواطنيه من المرضى ولكن طريقة تعبيره تختلف عنهم . فالطبيب يعبر بلغة أجنبية ويكتب أبحاثه بلغة أجنبية ، وهو بذلك يخدم اللغة الأجنبية أكثر من لغة قومه ويخدم المجتمع الأجنبى (صاحب اللغة) أكثر من خدمته لمجتمعه . . إنها جزء من مركب النقص الذى ورثناه من سنوات الاحتلال الطويلة والذى نأمل أن نتجاوزه الى أفاق الصدق مع النفس شعورا وتعبيرا وعلاجا لمشاكلنا . وجامعة الأزهر التى حافظت على اللغة العربية عبر قرون الظلام التى سادت مجتمعناتنا العربية ، لهى قادرة باذن الله وبهمم الشباب المخلص من أبنائها على حمل مشعل تعريب الطب وكتابة مراجعه باللغة العربية كى ترتبط الفروع بالأصول وكى يكون أحفاد الرازى وابن سينا خير خلف لخير سلف .

دكتور

محمود حموده

القاهرة - ١٩٨٥

بسم الله الرحمن الرحيم

(مقدمة الطبعة الثانية)

لقد كانت الطبعة الأولى من كتاب الطب النفسى فى عجالة جعلتها مختصرة فى بعض جوانبها ، خاصة مايتعلق بأسباب الامراض والمسار والتنبؤ والعلاج ، ولكن ماعاد الى من انطباعات لدى الزملاء خاصة طلاب البكالوريوس والدرسات العليا (الدبلوم والماجستير) ، وما اقترحه على زملائى واساتذتى بقسم العصبية والنفسية بطب الأزهر ، جعلنى لا أضن بجهد على هذه الطبعة التى بين أيدينا أملا فى الوصول يوما ما الى المستوى المناسب .

ولقد كانت تحكمنى فى إعدادى لهذه الطبعة **عدة اعتبارات أهمها** مالتزمنا به فى قسم العصبية والنفسية بطب الأزهر من الاعتزاز بلغتنا العربية والكتابة بها لأنها لغة الطبيب والمريض والمجتمع الذى يعيشان فيه ، وبها تكونت المفاهيم وارتبطت المشاعر لدى كل منهما ، فلقد كانت التبعية اللغوية فى عصر ما جزءاً من التبعية الكلية للاستعمار ، وآن الأ وان أن نسترد مافقدناه من اعتبار الذات والتخلى عن لغتنا تحت شعارات عدم توافر المراجع العربية أو عدم صلاحية اللغة العربية للكتابة العلمية ، فهذه كلها تبريرات تُلْقَىَ تهربا من حمل مسئولية الريادة أو استسلاما لما هو قائم تجنبا لمشقة التغيير . . ولقد أخذت خطوات على المستوى الرسمى فى قرارات مؤتمر اتحاد الاطباء العرب من ضرورة اكتمال تعريب الطب فى عام (١٩٩٧) ، وماتبذلة منظمة الصحة العالمية لمنطقة الشرق الأوسط بالتعاون مع بعض كليات الطب وبعض الهيئات العلمية فى الوطن العربى فى هذا الاتجاه ، وهناك مجهودات فردية فى مجال تعريب الطب تستحق الاعجاب والتقدير ، ولعل تواجدنا فى الأزهر الذى حافظ على

اللغة العربية فى عصور الظلام يجعلنا نشعر بمسئولية الريادة رغم ماتلقيه علينا من تبعات . . **والاعتبارالثانى** هو التطور فى مفاهيم التعليم الطبى الذى يهدف الى زيادة مشاركة الطالب إيجابيا فى العملية التعليمية ، حيث يشعر بالمشكلة الاكلينيكية ثم يستخرج منها أهدافا تعليمية يسعى إيجابيا لتعلمها مشاركا فاعلا لا مفعولا به تلقى إليه المعلومات فى وضع المتلقى السلبى الذى لايزيد عن كونه مسجلا مختزنا للمعلومة ، دون مشاركة حقيقية تجعله يتغير فى سلوكه خلال مروره بالعملية التعليمية ، ومن هنا كان اتجاهى لصياغة بعض المشاكل الاكلينيكية فى بداية كل فصل ، حفزا لذهن القارىء أن يعمل فى صياغة أسئلة ، ثم يجد الاجابة عنها خلال العرض النظرى للموضوع ، وقد لايجد كل الاجابة فيتحمس لقراءة مرجع آخر وهذا هو هدف العملية التعليمية . .

والاعتبارالثالث هو تكامل الانسان فى نواحيه الثلاثة الجسدية والنفسية والاجتماعية ، فكل من هذه الجوانب يؤثر فى الآخر ويتأثر به ، ولقد نشأ الفصل بين هذه الجوانب الثلاثة تبعا لتقسيم المعارف الانسانية بعد اتساعها ، الأمر الذى وصل إلى تقسيم الطب إلى تخصصات ثم ظهور تخصصات دقيقة داخل كل تخصص ، وحين يتناول كل متخصص جزئيته دون وعى بالتخصص الآخر نكون أشبه بالعميان الذين التفوا حول الفيل لوصفه فلمس كل منهم جزءا وصفه دون رؤية لبقية الأجزاء ، فبعدوا عن حقيقة مايصفون ، هذا بالاضافة إلى سهولة النمط الطبى المبنى على الأسس البيولوجية فقط والذى يهتم بوصف العقاقير دون اهتمام بجوانب الانسان المعنوية والاجتماعية أو اهتمام بالعلاقة الطبيبية المريضية ، ولكن هذه السهولة يدفع ثمنها المريض لما للعقاقير من تأثيرات جانبية واهمال لجوانبه المعنويه ، والطبيب أيضا حين يصبح أشبه بألة تصف الدواء (فالكومبيوتر يمكنه أن يفعل ذلك) فيفقد انسانيته فى ممارسته لمهنته، ويفقد معرفة كل العوامل التى سببت المرض فلا يصل الى التحسن الذى يبغية ، فليس وجود ميكروب الدرن أو فيروس الانفلونزا هو العامل الحاسم فى حدوث مرض الدرن أو الانفلونزا، ولكن هناك عوامل أخرى هى مناعة الشخص

المعتمدة على حالته النفسية والغذائية وظروفه المعيشية والبيئية ، فلم تعد واحدية السبب هى النظرية المثلى فى فهم الأمراض كما كانت قبل ذلك ، ولذا كانت المطالبة بالعودة الى نمط الحكيم الذى يتسم بالحكمة واتساع الأفق فى نظرتة الى الانسان المريض من حيث جسده ونفسه وعلاقاته الاجتماعية وصولا الى العوامل التى ساهمت فى حدوث المرض والعمل على تلافيها وصولا الى الشفاء ، وهو ماركزت عليه فى عرض اسباب الامراض وفى تخطيط سياسة العلاج طبقا لتعدد العوامل من بيولوجية ونفسية واجتماعية .

إن النهوض بالطب النفسى فى الوطن العربى لايتأتى من خلال الاغراق فى السلفية المفرطه فى الرجوع الى عصور ازدهرت فيها العلوم العربية دون تجاوزها الى آفاق الحاضر ومايفرضه من واقع عملى وعلمى ، أو التوقف عند اقتباس آيات من القرآن الكريم دون مواصلة التدبر فى خلق الله فى ضوء مايتيحه العصر من مكتشفات كما أمرنا الله سبحانه وتعالى ، ولا يتأتى من خلال الاغراق فى الاستغراب عن حضارتنا والاتجاه لحضارة الغرب المفرطة فى ماديتها ، فالاستغراب يبعدنا عن انساننا العربى وعاداته وتقاليده وأخلاقيات مجتمعه ومعتقداته ، والاغراق فى السلفية ينأى بنا عن مكتشفات العصر ويقودنا الى التخلف عن الركب الانسانى ، ويتحقق النهوض بالطب النفسى العربى من خلال الأخذ بمكتشفات الحضارة الحديثة من فهم لعمل الدماغ ومايؤثر فى العقل من كيمياء دون اهمال لوجدان الانسان العربى ومشاعره وتراثه وميراثه الشعورى واللاشعورى ، وهو ما نأمل أن نحققه فى المراحل القادمة إن شاء الله .

دكتور

محمود حمودة

القاهرة ١٩٩١

بسم الله الرحمن الرحيم

مقدمة الطبعة الثالثة

إن ماعاد إلى من رد فعل تجاه الطبعة الثانية من هذا الكتاب سواء من السادة الاساتذة الزملاء أو من طلاب الدراسات العليا أو من طلاب مرحلة التعليم الجامعى أو حتى من المثقف غير المتخصص كان مشجعاً جداً ، بالاضافة الى فوز هذا الكتاب بجائزة الدولة فى العلوم الطبيه عام ١٩٩١، جعلنى أقدم على هذه الطبعة حريصا على أن أضمنها أحدث التقنيات الطبية التى اتيحت فى السنوات الأخيرة للطب النفسى ، وأن يكون حسب أحدث التصنيفات العالمية فى مجال الطب النفسى ، كما حرصت على أن يشمل على أحدث العلاجات المتاحة على مستوى العالم ، خاصة بعدما توفر لى من اشتراك فى شبكة الانترنت ، وآمل أن تكون تلك الاضافات نافعة لكل من يقرأ هذا الكتاب . . وماتوفيقى الا بالله عليه توكلت وإليه أنيب .

دكتور

محمود حموده

القاهرة :

- **العيـــادة** : ٨١ ش جسر السويس روكسى مصر الجديدة

ت ٤٥٤١٠٦٧ - ٤٠١٠٦٧١

- **مركز الطب النفسى والعصبى للأطفال** : ١٣ ش قايتباى ميدان الاسماعلية مصر الجديدة . ت ٦٧٥٥٧٤ (٤١٩٥٥٧٤)

الباب الأول

الصحة النفسية والمرض النفسى
النفس والبدن
الجهاز العصبى
الجهاز الهرمونى
الوظائف النفسية
الشخصية

الفصل الأول
الصحة النفسية والمرض النفسى

اختلف العلماء فى تعريف الصحة النفسية حسب رؤيتهم للمرض النفسى على أنه نقيض للصحة النفسية هذا مبنى على قاعدة أن الشئ يعرف بنقيضة فمن اعتبر أن المرض النفسى هوعدم التوافق مع المجتمع رأى أن الصحة النفسية هى التوافق مع المجتمع وعدم الشذوذ عنه وعدم مخالفته وعلى ذلك يكون الأنبياء والمصلحون فاقدى الصحة النفسية,وهذا يخالف الواقع التاريخى لذلك كان التعريف قاصرا ، ومن اعتبر أن المرض النفسى هوعدم التوافق الداخلى رأى أن الصحة النفسية هى التوافق الداخلى بين مكونات النفس من جزء فطرى هو الغرائز (الهو) وجزء مكتسب من البيئة الخارجية وهوالأنا الأعلى ،وهذا التعريف له أصول اسلامية فالنفس الأمارة بالسوء تقابل الغرائز والنفس اللوامة تقابل الأنا الأعلى وحين يتحقق التوزان بين النفس الأمارة بالسوء والنفس اللوامة تتحقق الطمأنينة للانسان ويوصف بأن نفسه مطمئنة ،ومن أعتبر أن المرض النفسى هوعدم التطور بما يتناسب مع مرحلة النمو فحين يتمسك بالغ بسلوكيات الطفولة فانه يعد مريضا نفسيا، ومن ثم فانهم رأو أن الصحة النفسية هى قدرة الانسان على التطور ، وهناك من اعتبر أن المرض النفسى هواختلاف فى أحوال النفس وهى حالة الابوة parent ego state وحالة الطفلية child ego state وحالة الرشد adult ego state فعرف الصحة النفسية على أنها توافق أحوال النفس الثلاثة وفى رأى (فرويد) أن المرض النفسى هو كراهية النفس والآخرين والعجز عن الانجاز والركود رغبة فى الوصول الى الموت فعرف الصحة النفسية بأنها القدرة على الحب والعمل أى حب الفرد لنفسه وللآخرين على أن يعمل عملا بناء يستمد منه البقاء لنفسه وللآخرين .

ولا شك أن التوافق بين أجزاء النفس أو أحوالها يعطى الإنسان إحساسا

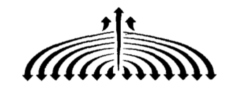
بالطمأنينة والحب للنفس وللآخرين يجعله قادرا على الانجاز العملى دون خوف أويأس ويهبه قدرة على التطور بما يناسب المرحلة التى يحياها عمريا وزمنيا، ويمكن أن نعرف الصحة النفسية بأنها حال التواجد الإيجابى فى نواحى الإنسان الثلاثه البيولوجية والنفسية والإجتماعية وفى التناغم بينها ، أما عدم التناغم بينها والتواجد السلبى فى أى منها ونفس الإنسان أو عقله فهذا هو المرض ، ونلاحظ أن تعريف الصحة النفسية يشير الى مفهوم الصحة بشكل عام وذلك لان الانسان لا يتجزأ الى صحة نفسية وصحه جسدية ، فإذا حدث خلل فى الناحية النفسية فإنه بالضرورة ينعكس على الناحية الجسدية والعكس أيضا صحيح ، وهذا ما سوف نعرض له فى الفصل التالى من تكامل نواحى الإنسان الثلاثه.

والنفس والعقل ماهى الا إفراز للدماغ ،وهذا العقل برغم أنه إفراز للدماغ كجزء بيولوجى إلا أنه يعلو فى سيطرته على الجسد لدرجة أنه يمكنه التحكم بالغاء إحساس بيولوجى معين (كتجاهله لألم شديد ناتج عن مثير حقيقى مؤلم) ومن ثم كان الإقرار بأساسية البيولوجيا وعُلُوم السيكولوجيا (Biological primacy, psychological supremacy.)

والمرض النفسى هوموضوع الطب النفسى psychiatry حيث أنه فرع الطب الذى يدرس الأمراض العقلية والنفسية من حيث تشخيصها وعلاجها والوقاية منها ومن ثم فهو يهدف الى الصحة النفسية عن طريق الوقاية من المرض النفسى أوعلاجه أما علم النفس psychology فيدرس السلوك[1] والعمليات العقلية فيصف ماذا يحدث وكيف يحدث؟ ويحاول أن يفسر لماذا يحدث السلوك ؟ وذلك بهدف التنبؤ بالسلوك فى مرحلة ما من النمو كى تتكون رؤية لضبط وتوجيه الحياة فى مسارات أفضل يتحقق منها ارتقاء للجنس البشرى وذلك باستنتاج نظريات لأفضل طرق التنشئة للأطفال وكيفية التأثير فى الآخرين وهذا الفرع من الدراسة لا يقتصر على دراسة سلوك الإنسان ولكنه يدرس نشاط جميع الكائنات الحية فبينما يركز علماء النفس البيولوجيون ،على العلاقة بين السلوك والتغيرات

(١) السلوك : ويقصد به مايصدر عن الكائن الحى .

البيولوجية يوجه علماء النفس الاجتماعيون إهتمامهم الى الجماعات ودراسة القوى الاجتماعية وينهج هؤلاء وأولئك أسلوب الملاحظة لسلوك الانسان والحيوان كما ينهجون أسلوب التجريب كإزالة أجزاء معينة من مخ حيوان فى محاولة لفهم تأثير أجزاء المخ المختلفة على السلوك كما ، تستخدم حيوانات التجارب فى معرفة تأثير الخبرات السيئة على سلوك الحيوانات مثل الفقد والعزل والحشد والعقاب وسوء التغذية والاجهاد وميادين علم النفس كثيرة منها علم النفس الاكلنيكى وعلم النفس التجريبى وعلم النفس التربوى وعلم النفس الصناعى وعلم نفس النمو وعلم النفس الاجتماعى وعلم النفس الفسيولوجى وعلم القياس النفسى .



الفصل الثانى

تكامل الانسان
النفس والبدن والمجتمع

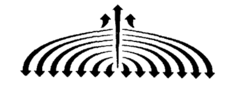
إذا نظرنا الى الإنسان نظرة متأنية وجدناه مادة حية هى الجسد الذى يتكون من خلايا تتمايز فيما بينها لتكون الأنسجة والأعضاء والأجهزة وهذه المادة الحية تسرى فيها الحياة المتكاملة بفعل الروح التى هى من أمر ربى "ويسئلونك عن الروح قل الروح من أمر ربى وما أوتيتم من العلم الا قليلا "(١) ولعل النفس هى الجزء الانسانى الذى يقترب من كونه وسيطا بين الجسد والروح فهى تشبه الروح فى كونها أثر لا مادة وتقترب من الجسد فى كونها ناتجة عن أجزاء معينة منه وهذا التقارب جعل البعض يعرفها (أى النفس) بأنها محصلة الوظائف العليا من نشاط الجهاز العصبى وخاصة المخ (أى أنها العقل) وفهم النفس لا يتم بمعزل عن الجسد فهى لا تقوم إلا به كما أن فهم الانسان لا يتم فى إطار منعزل عن المجتمع ومن ثم فإننا سنحاول الربط بين جسد الإنسان ونفسه وبينه وبين مجتمعه فى فهمنا للأمراض النفسية تشخيصا وعلاجا ووقاية،/واذا كانت الدراسة العلمية تقتضى منا تقسيم الوظائف الى نفسية وبدنية ثم تقسيم آخر لكل منها فما ذلك إلا بهدف التبسيط وتيسير الفهم وليس لكونها هكذا حقيقة ،لان الانسان كل متكامل متآلف ومتسق تعمل أجهزته متكاملة متعاونة بل يعتمد كل منها على الآخر ويصح بصحته ويمرض بمرضه. فالقلب مثلا يعمل منذ بداية الحياة فى رحم الأم ليل نهار لا يتوقف إلا بانتهاء حياة الإنسان يضخ الدماء اللازمة لحياة ووظائف الأعضاء والاجهزة المختلفة بحيث إذا توقف عن عمله توقفت الحياة ،لكن هذا ليس معناه أنه لايعتمد فى عمله على كفاءة بقية الأجهزة فهو يعتمد مثلا على الجهاز التنفسى ومقدار ما يمد الجسم من الأكسجين الذى يستخدم فى

---

(١)سورة الإسراء ية رقم (٨٥)

حرق الغذاء الذى تم هضمه واعداده فى الجهاز الهضمى، الذى يوفر الطاقة اللازمة لعمل الاعضاء ومن بينها القلب، وتنظم الغدد الصم عمليات التمثيل الغذائى وامداد الطاقة كما تقوم الكلى بتخليص الجسد من السموم والفضلات الناتجة عن عملية التمثيل الغذائى، وهى (أى الكلية) بذلك تخدم جميع الأعضاء والكليتان اذا توقفتا عن العمل تراكمت السموم فى الجسم بما يضر بسائر العمليات الحيوية ولا يفيد هنا أداء القلب أوالهضم أوالتنفس بل نجد الضرر يلحق بجميع الأجهزة ووظائفها، وهاتان الكليتان يعتمدان بدروهما على أداء الجهاز الدورى وضغط الدم الشريانى بحيث اذا انخفض عن حد معين توقف عملهما .. من هذا نرى أن التكامل سمة بين أعضاء الجسد فكل عضو يؤثر فى الآخر ويتأثر به اذا مرض منه عضو تداعى له سائر الجسد بالحمى والمرض ،وتتكامل النفس والبدن فما النفس إلا أثراً لجزء من البدن هوالدماغ، وهى تمرض بمرضه وتصح بصحته وهذا أبسط انعكاس للبدن على النفس ،وهناك انعكاسات أخرى لمرض اجهزة الجسم المختلفة على النفس فحين يمرض القلب يؤثر فى الدم الواصل الى الدماغ فتتأثر النفس لاختلاف وظيفة الدماغ، كما تتأثر النفس لشعور الشخص بالمرض أى أن النفس تتأثر هنا ماديا ومعنويا وحين تمرض الكلى ويقل ترشيح السموم وتزداد نسبتها فى الدم الواصل الى الدماغ فتختل وظائفه وبالتالى تتأثر النفس هذا بالاضافة للأثر المعنوى لمرض الكلى، وبالمثل هناك انعكاسات للنفس على البدن فالصراع النفسى يتحول الى عرض جسمانى فى مرض الهستيريا مثل الشلل الهستيرى والعمى الهستيرى واحتباس الصوت ،وقد يحدث الصراع النفسى تغيرا فى بعض أنسجة الجسم كما يحدث فى الأمراض السيكوسوماتيه مثل قرحة المعدة والتهاب القولون المتقرح وارتفاع ضغط الدم، ويتكامل الانسان (جسده ونفسه) مع مجتمعه فلا ينشأ فى فراغ ولكنه ينشأ فى أسرة أوعلى أسوأ تقدير يولد لأم (كما فى حالات السفاح وفاقدى الأب) ترضعه وترعاه ويرتبط بها وتلقنه قيمها، ثم يحتاج فى مراحل لاحقة من حياته لمشاركة آخر له فى تزاوج يشبع حاجاته البيولوجية والنفسية وترتب على ذلك تكوين أسرة

تنتمى إليه ويحقق اشباعا نفسيا واجتماعيا من خلاله .. وهكذا نرى أن التكامل سمة هامة بين أجهزة الجسم المختلفة وبين النفس والجسد وبين الإنسان والمجتمع، هذا بالاضافة الى التكامل بين وظائف النفس المختلفة ،فالإدراك المبنى على الذاكرة يؤثر فى الشعور (الوجدان) هذا بدوره يؤثر فى التفكير الذى يترجم الى سلوك حركى أولفظى ، وحتى يتم فهم النفس وما يعترى الجسم من تغيرات ترتبط بالنفس فإننا سوف نعرض للجهاز العصبى كموطن مادى للنفس وما يتبعه من إحساسات هى مسارات للإدراك وما يحدث من تغيرات هرمونية تبعا لذلك بواسطة الجهاز الهرمونى .



الفصل الثالث

الجهاز العصبى

يعتبر الجهاز العصبى هوالمهيمن على جميع وظائف الإنسان والمنظم لها فتنتقل الإحساسات من جميع أجزاء الجسم إلى الجهاز العصبى الذى يفهمها ويفسرها ويتصرف على هذا الفهم تجاه المثيرات المختلفة سواء كانت داخلية أوخارجية، كما أن سيطرته على الاجهزة الأخرى من خلال مراكز خاصة مثل مراكز تنظيم التنفس وتنظيم ضربات القلب، يزيد من أهمية هذا الجهاز وصحته على جميع وظائف جسم الإنسان

ويقسم الجهاز العصبى الى :

الجهاز العضبى المركزى Central Nervous System(CNS)

الجهاز العصبى الطرفى Peripheral Nervous System(PNS)

وسوف نتناول كل منهما بشئ من التفصيل فى الصفحات التالية

أولا : الجهاز العصبى المركزى

ويتميز الجهاز العصبى المركزى بوجوده فى مركز الجسم وداخل عظام تحميه حيث يوجد الدماغ داخل الجمجمة بينما يقع النخاع الشوكى داخل العمود الفقرى الذى يتكون من عظام الفقرات كما يتغطى الجهاز العصبى المركزى بأغشية ثلاثة هى الأم الحنونة والغشاء العنكبوتى والأم الجافية ،وتكون الأم الجافية بطانة للعظام التى تحيط بالدماغ (الجمجمة) والحبل الشوكى (العمود الفقرى) مما ينشأ عنه فراغ تحت الجافية الذى يبطنه الغشاء العنكبوتى بدوره مكونا فراغ تحت العنكبوتية الذى يمتلئ بالسائل النخاعى (السائل الشوكى) .

تركيب الجهاز العصبى المركزى

يتكون الجهاز العصبى المركزى كما فى الشكل رقم (١) من

نصف كرة لمخ
الدماغ
الدماغ البينى
المهاد
تحت المهاد
الغدة النخامية
الدماغ الأوسط
القنطرة
النخاع المستطيل
جذع الدماغ
المخيخ
الحبل الشوكى

الجهاز العصبى المركزى

١- الدماغ (Brain) الذى يتكون بدوره من

أ - نصفى كرة المخ (Cerebral Hemispheres)

ب - الدماغ البينى (Diencephalon)

ج - جذع الدماغ (Brain stem)

د - المخيخ (Cerebllum)

٢- النخاع الشوكي (الحبل الشوكى) (Spinal Cord)

(١) الدمــــاغ

ويتميز دماغ الانسان بتعقيد يدعوالى العجب فهويحوى من الخلايا ما يقرب من عشرة (١٠) بلايين خلية عصبية وترتبط كل خلية بوصلات بينها وبين الخلايا الأخرى يتراوح عددها من خمسة آلاف إلى عشرين ألف وصلة ويزداد، الاحساس بأهمية الدماغ إذا عرفنا أن ما يصل إليه من الدماء هوثلاثون بالمائة (٣٠٪) من الدم الخارج من البطين الأيسر (أى الدم المؤكسج) وأن نسبة التمثيل الغذائى للدماغ تصل الى أربعين بالمائة (٤٠٪) من التمثيل الغذائى للجسم كله هذا برغم أن وزن الدماغ لا يتجاوز اثنان بالمائه (٢٪) من وزن الجسم .

أ - نصفى كرة المخ

وهما أعلى أجزاء الدماغ ويفصل بينهما أخدود طولى من الأمام الى الخلف الا أنهما يرتبطان فى أسفل هذا الاخدود بواسطة الجسم الثفنى ويتميز سطح نصفى كرة المخ بوجود بروزات (نتوءات) وانخفاضات (أخاديد) .

ويتكون نصف كرة المخ من :

١- **قشرة المخ** (Cerebral cortex) : وهى الجزء الخارجى من نصفى كرة المخ والذى يتكون من المادة الرمادية (أى التى تحتوى على أجسام الخلايا العصبية) وهوأهم أجزاء نصفى كرة المخ حيث يقوم بالوظائف العليا مثل التفكير والذاكرة والإدراك.

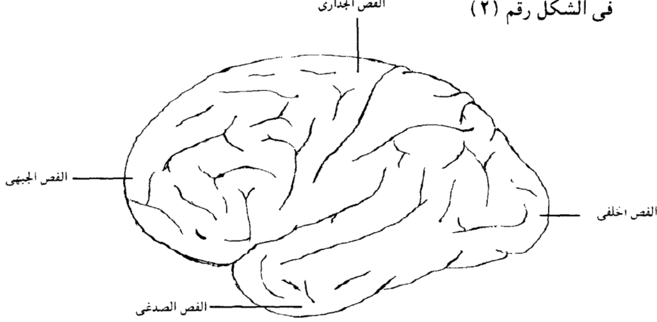
٢- **العقد القاعدية** (Basal ganglia) : وهى عبارة عن خلايا عصبية لتنظيم وضبط الحركة الارادية بالاضافة الى دورها فى تنظيم الحركات الانفعالية والحشوية المصاحبة للانفعالات.

٣- **البطين الجانبى** : وهوعبارة عن فراغ فى نصف كرة المخ على كل جانب

ويمتلان بالسائل النخاعى (الشوكى) .

أما باقى نصف كرة المخ فعبارة عن المادة البيضاء التى تمثل مسارات داخله أوخارجه من القشرة المخية .

ويقسم نصف كرة المخ الى فصوص سميت حسب موقع كل فص وهى كما فى الشكل رقم (٢)



شكل رقم (٢)
يبين فصوص قشرة المخ وتظهر فيها الأخاديد والبروزات

١- **الفص الجبهى (الأمامى)** : هومركز لأغلب الوظائف العليا مثل التفكير والإدراك وإدراك البيئة والانتباه والذاكرة ،كما يوجد بهاالمنطقه الحركية التى تنظم الحركات الإرادية للجانب المقابل من الجسم.

٢- **الفص المؤخرى (الخلفى)** : وسمى كذلك لوقوعه فى الجزء الخلفى من الدماغ وهوخاص باستقبال المسارات البصرية وفهمها أى أنه يتعلق بالادراك البصرى

٣- **الفص الصدغى:** ويستقبل المسارات القادمة من الأذنين حيث يعمل

كمركز للسمع ،كما يستقبل المسارات القادمة من الأنف حيث يعمل أيضا مركزا للشم.

٤- **الفص الجدارى:** ويختص بالاحساس غير المتخصص مثل اللمس والألم والتغير فى درجة الحرارة والتذوق.

ويعتبر أحد نصفى كرة المخ سائدا(Dominant)اذا وجد فيه مركز الكلام وعليه تتوقف الجانبية اليدوية حيث يقع هذا المركز فى النصف الأيسر لكرة المخ ويكون هوالسائد فى حالة الأشخاص الذين يجيدون إستخدام أيديهم اليمنى، وإذا وجد مركز الكلام فى النصف الأيمن لكرة المخ كان هوالسائد وكان الشخص أعسر يجيد إستخدام يده اليسرى، ويتميز النصف السائد بالقدرة اللفظية والتفكير المتسلسل المنطقى ويهتم بالتفاصيل بينما يتميز النصف غير السائد بقدرته على التفكير الحدسى والفنى والموسيقى والقدرة على التجميع والنظرة الكلية للأمور .

ب - الدماغ البينى

وهى المنطقة التى تقع أسفل نصفى كرة المخ وأهم مكوناتها الأجزاء التالية

١- المهاد (thalamus)

٢- المهيد (تحت المهاد)(hypothalamus)

٣- البطين الثالث (third ventricle) وهوالفراغ الذى يفصل بين المهاد الأيمن والأيسر .

١-المهـــــــاد

وهوعبارة عن تجمعات من الخلايا تسمى الأنوية وهى تعمل كمركز تحتى لقشرة المخ حيث تتولى استقبال الاحساسات القادمة الى قشرة المخ وتهذيبها قبل

وصولها للقشرة (أى أن المهـاد يعمـل كسكرتيـر لقشرة المخ فيما يتعلق بالاحساسات)، ونظرا لاتصاله بالمهيد والفص الجبهى فإنه يشترك فى تكوين السلوك الانفعالى والسلوك الاجتماعى ويوجد مهاد على كل جانب يفصل بينهما البطين الثالث .

٢- تحت المهاد (المهيد)

ويعتبر المهيد مركزا عصبيا هاما يقع تحت المهاد ويتكون من مجموعات من الخلايا العصبية تسمى الأنوية وترجع أهمية المهيد الى وظائفه الهامة والعديدة والتى نوردها فيما يلى :-

١- **التحكم فى الجهاز العصبى المستقل** : الذى يتكون من السمبتاوى (sympathetic) ونظير السمبتاوى(parasympathetic) حيث توجد أنوية خاصة (مجموعة من الخلايا العصبية) متخصصة لضبط نشاط الجهاز العصبى المستقل، وهذا الجهاز بدوره يتحكم فى حالة الأحشاء الداخلية مثل القلب والأوعية الدموية والجهاز الهضمى والجهاز التنفسى ، فمثلا عندما يدرك الشخص شيئا ما يثير انفعالا معينا (كالخوف عند مشاهدة حيوان مفترس فى الخلاء أوالسرور عند مشاهدة مفاجأة باعثة على السرور) فإن ما يحدث هوفهم هذا المثير (الحيوان اوموضوع المفاجأة) واستدعاء الخبرة الماضية للمثير المرتبطة بالمشاعر المناسبة، الأمر الذى يؤثر فى المهيد وينتقل ذلك الى الجهاز العصبى المستقل (عن طريق أنوية التحكم الموجودة بالمهيد) وبذلك تحدث التغيرات الحشوية المناسبة ، فيزداد معدل ضربات القلب ومعدل التنفس ويتوقف الهضم وتغلق فتحات الإخراج الى غير ذلك من التغيرات التى تهدف الى تكيف الانسان فى المواقف المختلفة .

٢- **تنظيم النشاط الهرمونى** : فالمهيد ينظم افراز الغالبية العظمى من هرمونات الغدة النخامية الأمامية وذلك عن طريق الأوعية الدموية التى تربط

بينهما ويتم ذلك بواسطة عوامل مفرزة تعتبر إشارات كيميائية الى الغدة النخامية الأمامية فتطلق أغلب هرموناتها وهى :-

- هرمون النمو.
- هرمون مغذى الغدة الدرقية.
- هرمون مغذى الغدة الأدرينالية.
- هرمون مغذى الغدة البنكرياسية.
- هرمون مغذى الغدد التناسلية .

كما يتم تكوين هرمونات الغدة النخامية الخلفية فى المهيد نفسه ثم تنتقل الى الغدة النخامية الخلفية (الفص الخلفى) التى تخزنها ثم تفرز منها بناءً على تحكم المهيد :-

٣- **تنظيم مستوى (منسوب) الماء فى الجسم :** حيث أن التغير فى الضغط الأسموزى للسائل المحيط بالخلايا (بالزيادة مثلا) ينبه مستقبلات الضغط الاسموزى التى توجد فى خلايا عصبية معينة بالمهيد، مما يجعله (أى المهيد) يعطى أمراً بافراز هرمون رافع الضغط من الفص الخلفى للغدة النخامية .. وهذا الهرمون يقلل من افراز كمية البول ويزيد من كمية الماء بالجسم بينما التغير فى الضغط الأسموزى بالنقص نتيجة لزيادة كمية السائل المحيط بالخلايا يؤدى إلى نقص إفراز الهرمون ، وبالتالى زيادة كمية التبول ويصل منسوب الماء بالجسم الى المعدل المناسب ،وإذا قلت نسبة إفراز هذا الهرمون لسبب ما عن المعدل الطبيعى فإن كمية المياه المفقودة فى عملية التبول تزداد بدرجة كبيرة ويشرب الشخص كميات كبيرة من الماء وهذا ما نطلق عليه مرض السكرالكاذب (Diabetes inspidus)

٤- **تنظيم عملية التمثيل الغذائى (الأيض) :** حيث يؤثر المهيد فى إفراز عدد من الهرمونات التى تنظم عملية الأيض وهى هرمون مغذى الغدة

الدرقية وهرمون مغدى البنكرياس وهرمون الأدرينالين ، هذا بالاضافة إلى وجود مركزين أحدهما للجوع والآخر للشبع ولوحظ أن تلف أحدهما يؤدى إلى فقدان الشهية للطعام التى قد تؤدى الى الموت جوعا أوالنقص الشديد فى الوزن بينما تلف الآخر بسبب شرها فى تناول الطعام ونهم لا يوقفه إحساس بالشبع ينتج عنه سمنة مفرطة .

٥- **تنظيم درجة حرارة الجسم :** يعتبر المهيد مركز تنظيم درجة حرارة الجسم فهو يرصد التغيرات فى درجة حرارة الدم بنتج عن ذلك زيادة نشاط الجهاز السمبتاوى، الذى يزيد من معدل التمثيل الغذائى بالجسم ويحدث رعشة بالجسم وهاتان من معدل توليد الحرارة كما يضيق الشرايين المغذية للجلد ويوقف إفراز العرق فيقلل بذلك من فقد الحرارة ،أى أن الحرارة الناتجة تزيد والمفقودة تقل فترتفع بذلك درجة حرارة الجسم .. وفى حالة زيادة الحرارة يحدث العكس فتتسع الشرايين المغذية للجلد ويزداد العرق وينشأ عن ذلك فقد للحرارة يخفض من درجة حرارة الجسم .

٦- **التعبير الانفعالى :** لوحظ أن تلف المهيد يؤدى إلى إختفاء التعبير الانفعالى المصاحب للانفعالات المختلفة وذلك لأن المهيد يعتبر مركزا هاما من مراكز الانفعال الذى يظهر من خلال تحكمه فى الجهاز العصبى المستقل.

٧- **تنظيم اليقظة والنوم :** يعتقد أن هناك فى المهيد مركز للنوم وآخر لليقظة وأنه عندما ينشط أحدهما يثبط الآخر .. ويقع مركز النوم على مقربة من مركز التحكم فى الباراسمبتاوى بينما يقع مركز اليقظة بالقرب من مركز التحكم فى السمبتاوى وإصابة هذا الجزء تؤدى إلى حدوث النوم الإنتيابى (narcolepsy) وهوالنوبات المتقطعة من النوم اللاإرادى أويؤدى الى النوم الكثير الممتد لفترات طويلة (hypersomnia)

٨- **التحكم فى السلوك الجنسى :** فلقد لوحظ أن إثارة أجزاء معينة من المهيد تؤدى إلى إنتصاب القضيب وممارسة الجنس لدى القرود، كما أن تلف أجزاء معينة

من المهيد الأمامى (الجزء الأمامى) يؤدى إلى فقد الإهتمام بالناحية الجنسية.

٩- **تنظيم ضغط الدم :** فعن طريق تحكم المهيد فى الجهاز العصبى المستقل (السمبتاوى) يتم التحكم فى ضيق أو إتساع الأوعية الدموية مما يزيد أو يخفض من ضغط الدم كما أن إطلاق هرمون الأدرينالين والنورأدرينالين من الغدة الأدرينالية (تحت تأثير المهيد الذى يسبب إفراز هرمون مغذى الأدرينالية من الغدة النخامية) وزيادة هذا الهرمون تضيق من سعة الشرايين وتزيد من معدل ضربات القلب فيرتفع ضغط الدم .

جـ - جذع الدماغ

يتكون جذع الدماغ من :

١- الدماغ الأوسط (Mid Brain)

٢- القنطرة (الجسر)(Pons)

٣- النخاع المستطيل(Medulla Oblongata)

١- الدماغ الأوسط :

وهوأقصر أجزاء الدماغ وأعلاها ويقع أسفل الدماغ البينى وفوق القنطرة وتوجد به المراكز السفلى للبصر والمراكز السفلى للسمع كما يتصل بالمخيخ والدماغ الأمامى وبه نواة كل من العصب الثالث[١] (محرك مقلة العين) ونواة العصب الرابع (البكرى) بالإضافة الى جزء من نواة العصب الخامس (ثلاثى التوائم) كما تأخذ المسارات الصاعدة والنازلة من وإلى قشرة المخ مكانها فى الدماغ الأوسط.

---

(١) العصب الثالث : عصب جمجمى لأنه يخرج من الجمجمه وسوف نورد تفصيلا له بعد ذلك .

٢- القنطرة :

تقع القنطرة أسفل الدماغ الأوسط وفوق النخاع المتسطيل ويجاورها من الخلف المخيخ وترتبط به بوصلات خاصة وتحتوى على عدد من أنوية الأعصاب الجمجمية هى نواة العصب السادس (المبعد لمقلة العين) ونواة العصب السابع (الوجهى) ونواة العصب الثامن (القوقعى الدهليزى)، بالإضافة الى نواة جزئية للعصب الخامس (ثلاثى التوائم)، كما أن المسارات الصاعدة والنازلة من وإلى قشرة المخ تأخذ مكانها فى القنطرة أيضا.

٣- النخاع المستطيل (البصلة) :

ويقع النخاع المستطيل أسفل القنطرة وامتداده السفلى هوالحبل الشوكى (النخاع الشوكى)ويحوى على الأنوية الخاصة بكل من العصب التاسع (اللسانى البلعومى) والعصب العاشر (الحائر) والعصب الحادى عشر (الإضافى) والعصب الثانى عشر (تحت اللسانى) كما أن المسارات الصاعدة والنازلة من وإلى الدماغ تأخذ مكانها فى النخاع المستطيل .

د - المخيخ

يوجد المخيخ فى المنطقة الخلفية (القفوية) من الجمجمة ويقع إلى الخلف من جذع الدماغ ويتكون من فص أمامى وفص خلفى ويطلق عليهما المخيخ القديم، بالاضافة إلى الفص الأوسط ويطلق عليه المخيخ الحديث ويعتبر المخيخ الحديث اكثر نموا فى الإنسان عنه لدى الحيوانات الأخرى .

ومن أهم وظائف المخيخ عامة ما يلى :

١- المحافظة على إتزان ووضع الجسم بمساعدة جهاز الإتزان الموجود فى الأذن حيث لوحظ أنه عند حدوث تلف فى المخيخ القديم (الفص الأمامى والفص الخلفى)

ينتج عدم الاتزان ويصبح الشخص مترنح المشية ولا يستطيع المحافظة على توازنة عندما يقف ويغمض عينيه .

٢- تيسير الحركات الإدارية بأن ينسق بين إنقباض العضلات المختلفة بما يحقق سهولة الحركة وتيسرها ويتم هذا من خلال إستقباله للإشارات القادمة من العضلات والإشارات البصرية والحسية وتنسيقه فيما بينها .

وهكذا نرى وظيفة المخيخ هى ضبط الحركة ودقتها وتحقيق التوازن للجسم فى أوضاعه المختلفة ..كما أن إصابة المخيخ تسبب تغيرات تتعلق بفقد وظيفته على نفس الجانب من الجسم (الأيمن أو الأيسر)

ومن هذه التغيرات ما يلى :

١- ترهل العضلات وضعفها وسرعة الإجهاد .

٢- الرنح وهوعدم القدرة على ضبط الحركة وعدم تناسقها .

٣- الخطأ فى تقدير المسافة والإتجاه ومدى الحركة اللازمة لفعل ما .

٤- وجود رعشة قصدية أثناء الحركة الهادفة تزيد كلما إقتربت الحركة من الهدف المتجة إليه .

٥- صعوبة إخراج الكلام بسبب عدم التنسيق بين عضلات الكلام .

(٢) النخاع الشوكى (الحبل الشوكى)
(Spinal Cord)

يكون الإمتداد السفلى للنخاع المستطيل النخاع الشوكى الذى يتخذ شكل اسطوانة مفلطحة بعض الشئ وممتد من قاعدة الجمجمة (أى عند بداية العمود الفقرى)[١] إلى الحافة السفلى للفقرة القطنية الأولى ويتغلف النخاع الشوكى

---

(١) العمود الفقرى : يتكون من مجموعة من الفقرات العظمية (٧ عنقية، ١٢ظهرية، ٥ قطنية والعجز من خمس فقرات أيضا بالإضافة الى العصعص).

بنفس الأغلفة الثلاثة التى تغلف الدماغ، ويثبت النخاع الشوكى فى القناة الفقارية بواسطة :

١- الخيط الانتهائى الذى يربط النخاع الشوكى الى العصص.[١]

٢- أربطة على الجانبين تربطة الى الأم الجافية (المتصلة بدورها بعظام العمود الفقرى) .

ويخرج من النخاع الشوكى أزواج متقابلة من الأعصاب تسمى الأعصاب الشوكية ويبلغ عددها واحد وثلاثون زوجا هم .

١- ثمانية ازواج عنقية (أى تخرج من المنطقة العنقية فى الحبل الشوكى) .

٢- إثنا عشر زوجا ظهرية (صدرية) أى تخرج من المنطقة الصدرية فى الحبل الشوكى .

٣- خمسة أزواج قطنية تخرج من المنطقة القطنية من الحبل الشوكى .

٤- خمسة أزواج عجزية تخرج من منطقة العجز فى الحبل الشوكى .

٥- زوج واحد من الأعصاب يسمى العصعصى لأنه يخرج من المنطقة العصعصية فى الحبل الشوكى .

ويظهر النخاع الشوكى فى قطاعه المستعرض من مادة سنجابية (رمادية) على شكل (H) ويحيط بها المادة البيضاء ،وبينما تكون المادة الرمادية الخلايا العصبية فإن المادة البيضاء تكون المسارات الصاعدة والهابطة والجزء الأمامى من المادة الرمادية يشمل الخلايا العصبية المختصة بالحركة بينما يشمل الجزء الخلفى الخلايا العصبية المختصة بالاحساس .

ويعتبر النخاع الشوكى إمتداد الدماغ فى جذع الانسان ولذا فهو مركز للأفعال المنعكسة أى التى تحدث دون عمليات الدماغ من التفكير والذاكرة

---

(١) وهو لجزء الأخير من العمود الفقرى وطرفه العلوى الى العجز وطرفه السفلى حر .

وغيرهما من العمليات العقلية، وذلك مثل سحب اليد السريع الذى ينتج عند الوخز بدبوس .. كما يعتبر النخاع الشوكى مركز توصيل وسيط للإحساسات من أعضاء الجسم المختلفة الى الدماغ ومركز وسيط أيضا لتوصيل الأوامر الحركية من الدماغ الى الأطراف والأعضاء .

ثانيا - الجهاز العصبى الطرفى
(Peripheral Nervous System)

يشمل الجهاز العصبى الطرفى كل من :-

١- الاعصاب الجمجمية (القحفية)

٢- الاعصاب الشوكية .

٣- الجهاز العصبى المستقل (التلقائى) .

١- الأعصاب الجمجمية
(Cranial Nerves)

وهى الأعصاب التى تخرج من الجمجمة وتنشأ من أنوية خاصة لكل منها فى مناطق مختلفة من الدماغ وعددهم إثنا عشر زوجا، ويتوزع كل زوج إلى أيمن وأيسر ونظرا لأهمية هذه الأعصاب فإن كل منها سمى بالرقم الذى رتب عليه أو سمى طبقا لوظيفته التى يؤديها

وهم على الترتيب كما يلى :-

* العصب الجمجمى الأول : ويسمى العصب الشمى لاختصاصه بوظيفه الشم .
* العصب الجمجمى الثانى: ويسمى العصب البصرى لاختصاصه بوظيفه الابصار.

* العصب الجمجمى الثالث : ويسمى العصب محرك مقلة العين .
* العصب الجمجمى الرابع : ويسمى العصب البكرى وهو محرك لإحدى العضلات التي تحرك مقلة العين .
* العصب الجمجمى الخامس : ويسمى ثلاثى التوائم وهومحرك لعضلات المضغ كما ينقل الإحساس من الوجه ونصف فروة الرأس الأمامى والفم.
* العصب الجمجمى السادس : ويسمى المبعد لأنه محرك للعضلة التى تباعد بين مقلتى العينين .
* العصب الجمجمى السابع : ويسمى العصب الوجهى لأنه يحرك عضلات الوجه ولكنه يشمل بالإضافة إلى ذلك جزء خاص بإحساس التذوق ينقله من الثلثين الأماميين من اللسان ،وجزء باراسمبتاوى خاص بالغدد اللعابية ولذا فان هذا العصب يعمل إراديا (كمحرك لعضلات الوجه) ويعمل لا إراديا ضمن الجهاز العصبى المستقل (فى جزئه الباراسمبتاوى) .
* العصب الجمجمى الثامن : ويسمى العصب السمعى الدهليزى القوقعى وهوعصب حسى يختص بالسمع والاتزان .
* العصب الجمجمى التاسع : ويسمى العصب اللسانى البلعومى وهو محرك لعضلات البلعوم وينقل الإحساس من اللسان والبلعوم بالإضافة إلى جزء باراسمبتاوى.
* العصب الجمجمى العاشر : ويسمى العصب الحائر لتعدد وظائفه فهومحرك لعضلات البلعوم والحنجرة وسقف الحلق بالإضافة إلى نقله الإحساس من الاحشاء الداخلية كما يعطى الإمداد الباراسمبتاوى للأحشاء أيضا .
* العصب الجمجمى الحادى عشر : وهوالعصب الإضافى الذى يحرك عضلتين بالرقبة هما العضلة القصية الخشائية والعضلة شبه المنحرفة .
* العصب الجمجمى الثانى عشر : ويسمى العصب تحت اللسانى وهو محرك

لعضلات اللسان.

٢- الاعصاب الشوكية
(Spinal Nerves)

وتسمى بالأعصاب الشوكية لأنها تخرج من النخاع الشوكى وعددها واحد وثلاثون زوجا أحدهما أيمن والآخر أيسر ، وتقسم الأعصاب الشوكية إلى مجموعات حسب المنطقة التى تخرج منها وهى :

١- مجموعة الأعصاب الشوكية العنقية وعددها ثمانية أزواج وتخرج من المنطقة العنقية.

٢- مجموعة الأعصاب الشوكية الصدرية وعددها إثنا عشر زوجا وتخرج من المنطقة الصدرية .

٣- المجموعة القطنية من الأعصاب الشوكية وعددها خمسة أزواج وتخرج من المنطقة القطنية .

٤- مجموعة الأعصاب العجزية وعددها خمسة أزواج وتخرج من المنطقة العجزية.

٥- زوج واحد من الأعصاب الشوكية وهو آخرها ويسمى العصب العصعصى .

وكل من هذه الأعصاب الشوكية يتكون من جزئين أحدهما أمامى مختص بالحركة والثانى خلفى مختص بالإحساس (عند خروجها من النخاع الشوكى) ثم يندمجان معا ليكونا عصبا تختلط فيه الألياف الحسية مع العصبية الحركية ، وبعد هذا الإختلاط ينقسم العصب الواحد الى فرعين أمامى وخلفى حيث يغذى الأمامى الجذع من الأمام بالحس والحركة ويغذى الخلفى الجذع والأطراف من الخلف بالإحساس والحركة أيضا ، وتتجمع بعض الأعصاب الشوكية معا لتكون ضفائر عصبية تسمى حسب المنطقة التى تخرج منها مثل الضفيرة العنقية بالعنق

والضفيرة العضدية بالعضد والضفيرة العجزية بالعجز.

ونظرا لإنتهاء النخاع الشوكى عند مستوى أعلى من نهاية العمود الفقرى وقصر المناطق المختلفة عن مثيلتها (المنطقة المناظرة لها) من العمود الفقرى ، فإن الأعصاب الشوكية تتدلى من النخاع الشوكى هابطة إلى مستواها المقابل من العمود الفقرى ويزداد هذا التدلى كثافة وميلا كلما إقتربنا من نهاية الحبل الشوكى حتى يتكون عند نهايته ما يشبه ذيل الحصان من الأعصاب المتدلية الكثيفة.

٣- الجهاز العصبى المستقل (التلقائى)
(Autonomic Nervous System)

ينظم الجهاز العصبى المستقل سائر الوظائف الحشوية اللاإرادية بحيث يضمن لها مستوى مناسب من الأداء يتلاءم مع الحالة التى يواجهها الانسان ..

وينقسم هذا الجهاز إلى قسمين هما :-

١- الجهاز العصبى السمبتاوى (Sympathetic Nervous System)

٢- الجهاز العصبى نظير السمبتاوى (جارالسمبتاوى)
(Parasympathetic Nervous System)

وهذان الجهازان يعملان متوازيان بحيث إذا إزداد نشاط أحدهما طبقا لظروف معينه فإن الآخر يخفض من نشاطه حتى لا يحدث تعارض بينهما ويبدى كلاهما فى الظروف العادية قدرا مناسبا من النشاط .. ولكل من هذين الجهازين وظائف خاصة نفصلها فيما يلى :-

أولا : الجهاز السمبتاوى

يعمل الجهاز السمبتاوى على إعداد الجسم لمواجهة حالات الشدة التى تتمثل فى القتال أو الهرب ولذا فهو يزيد إنتاج الطاقة لعمل سائر الأجهزة وبذلك يحفز وظائف الجسم المختلفة ويرفع من أدائها وقدرتها وذلك عن طريق الآتى :

١- زيادة عمليات التمثيل الغذائى :

عند مواجهة مواقف الخطر أو الشدة فإن هذا الجهاز ينشط الغدة الكظرية لإفراز هرمونات فيزداد هرمون الأدرينالين وينشط الكبد لتكسير الجليكوجين إلى سكر الجلوكوز فيرتفع معدل السكر فى الدم ويرتفع معدل التمثيل الغذائى ويترتب عليه زيادة إنتاج الطاقة اللازمة لأداء الجسم لوظائفه المختلفة .

٢- تغير نشاط القلب والأوعية الدموية :

يقوم الجهاز السمبتاوى بتنشيط عضلة القلب فيرفع من قدرتها على الإنقباض وعلى توصيل النبضات الكهربائية وبالتالى يزيد من مدفوع القلب من الدماء ، ويستلزم هذا زيادة الدماء المغذية لعضلة القلب فتتسع الشرايين التاجية للقيام بهذه الوظيفة، إلا أنه فى بعض الأحيان تضيق هذه الشرايين بزيادة النشاط السمبتاوى مما قد يؤدى إلى الإصابة بجلطة الشرايين التاجية عند مواجهه المواقف البالغة الشدة .

أما بالنسبة لباقى الأوعية الدموية فيضيق قطرها بزيادة نشاط الجهاز العصبى السمبتاوى عدا الأوعية المغذية للعضلات فإنها تتسع وبذلك يرتفع ضغط الدم الشريانى بوجه عام فيزيد من إرتشاح الدم إلى خلايا المخ التى تحتاج المزيد لمواجهه الظروف الخطرة ،كما تستطيع العضلات بزيادة تغذيتها القدرة على مواجهه القتال أو الهرب ويتأخر إحساس الفرد بالإجهاد بسبب زيادة الوارد

الدموى وعدم تراكم نواتج التمثيل الغذائى .

٣- زيادة نشاط الجهاز التنفسى :

إن زيادة نشاط السمبتاوى تزيد من نشاط الجهاز الدورى وهذا يتطلب زيادة الوارد من الأكسجين إلى الأنسجة المختلفة لذا فإن الجهاز التنفسى يؤدى هذه الوظيفة فتتسع الشعب الهوائية لتسمح بدخول كمية كبيرة من الهواء وبالتالى من الأكسجين اللازم لمواجهه الظروف .

٤- تقليل نشاط الجهاز الهضمى :

تؤدى إثارة الجهاز السمبتاوى إلى إفراز لعابا لزجا كثيفا قليل الماء عالى التركيز بالخمائر وهذا ما نلاحظة عند الإنفعالات الشديدة إذ يجف الحلق ويصعب البلع . وأما المعدة والامعاء فإن الجهاز السمبتاوى يعمل على إثارة العضلات العاصرة فتغلق الفتحات مع إسترخاء عضلات الجدر وهذا يؤدى إلى قلة الحركة وإستبقاء الطعام ، وتقلل قدرة المعدة والأمعاء فى الإفراز للعصارات الهاضمة وإذا طالت فترة نشاط السمبتاوى فان ذلك يسبب عسر الهضم وتراكم الغازات والإمساك .

٥- زيادة نشاط الجهاز العضلى :

حيث أن زيادة الدم الواصل إلى العضلات لإتساع الشرايين الموصلة إليها مع زيادة إفراز الناقلات العصبية الكميائية الواصلة إلى العضلات يزيد من توتر العضلات مما يسبب رعشة فى الأطراف أو إختلاجات فى بعض عضلات الجسم .

٦- نقص إثارة الجهاز التناسلى

حيث تؤدى زيادة نشاط السمبتاوى إلى إنقباض جدران الحويصلة المنوية فيحدث القذف كما يؤدى إلى إنقباض الأوعية الدموية فى الأنسجة الإسفنجية فى القضيب والبظر مما يؤدى إلى نقص الإثارة الجنسية (الانتصاب)[١] .

٧- إختزان البول :

نشاط السمبتاوى يثير العضلات العاصرة ويحدث استرخاء لجدران المثانة فيسبب اختزان البول رغم زيادة الدم الواصل الى الكليتين .

ثانيا - الجهاز نظير السمبتاوى
(Parasympathetic Nervous System)

وهو على العكس من السمبتاوى يعد الجسم لحالات الإسترخاء والهدوء وتعويض فاقد الطاقة فهوجهاز بناء فى حين أن الجهاز السمبتاوى جهاز هدم أى يسبب فقد الطاقة .

١- تقليل نشاط القلب والأوعية الدموية :

وهذا الجهاز يعمل على تثبيط عضلة القلب فيقلل من قدرتها على الإنقباض أو من معدل ضربات القلب وكفاءته على العمل .. أما الأوعية الدموية فإنها تتسع أقطارها بشكل عام فى زيادة من نشاط الجهاز نظير السمبتاوى ما عدا الشرايين التاجية فإنها تنقبض، ولكن توجد بعض الأوعية الدموية لا تخضع لسيطرة هذا الجهاز مثل التى تغذى الجلد والعضلات فإنها تحت سيطرة السمبتاوى فقط .

---

(١) سوف نفصل ذلك فى عرض الوظيفة الجنسية .

٢- تقليل نشاط الجهاز التنفسى :

تضيق الشعب الهوائية ويزداد إفرازها المخاطى ويقل معدل التنفس وهذا ما يحدث أثناء النوم .

٣- زيادة نشاط الجهاز الهضمى :

يزيد نظير السمبتاوى من عملية الهضم والإخراج حيث يثبط العضلات العاصرة فيؤدى إلى إتساعها كما يساعد فى إنقباض جدر الأمعاء، وبهذا يساعد على تفريغ المعدة والأمعاء والحويصلة الصفراوية وكذلك محتويات المستقيم (الفضلات) فيؤدى إلى عملية التبرز كما يزيد من إفرازات المعدة والأمعاء .

٤- إثارة الجهاز التناسلى :

تؤدى زيادة نشاط الجهاز العصبى نظير السمبتاوى إلى إتساع الأوعية الدموية فى الأنسجة الإسفنجية القابلة للإنتصاب وهى القضيب فى الذكر والبظر فى الأنثى وهذا يؤدى إلى حدوث مرحلة الإثارة اللازمة للعملية الجنسية .

٥- تيسير عملية التبول :

وذلك عن طريق تثبيط العضلات العاصرة لفتحة المثانة وإنقباض الجدران فيحدث التبول .ويعمل الجهاز العصبى المستقل تحت سيطرة المهيد[١]الذى يخضع بدوره لسيطرة قشرة المخ .. ورغم أن الجهاز لا إرادى فى عمله الا أن هناك بعض الوظائف الخاصة به تخضع لتحكم إرادى مثل عملية التبول والتبرز حيث يساعد الجهاز السمبتاوى على إختزان البول والبراز، بينما يساعد الجهاز نظير السمبتاوى على التخلص منهما ، ولكن هاتان الوظيفتان تخضعان لسيطرة إرادية عن طريق بعض الأعصاب الإرادية التى تحكم عضلات إرادية تسمى العاصرة

(١) وسبق تفصيل المهيد ووظائفه .

الخارجية .. فإذا إمتلأت المثانة بالبول أو إمتلأ المستقيم بالبراز شعر الإنسان بالرغبة فى الإخراج ولكنة يخضع ذلك لمقتضيات الظروف المحيطة، فإذا كان الموقف مناسبا قامت قشرة المخ بإرسال إشارات مثبطة للعضلات العاصرة الخارجية (الإرادية) فتسترخى وبذلك تعطى الفرصة لعمل الجهاز نظير السمبتاوى فيقوم بإخراج الفضلات بولا أو برازا، بينما يحدث العكس إذا كان الموقف غير مناسب ،حيث ترسل قشرة المخ نبضات منشطة تنقبض على أثرها العضلة العاصرة الخارجية (الإرادية)، فيثبط بذلك عمل الجهاز نظير السمبتاوى وينشط الجهاز السمبتاوى فيمسك الإنسان عن الإخراج .

كما أن بعض الذين يمارسون رياضات معينة (مثل اليوجا) تنمولديهم قدرات خاصة من التحكم الإرادى فى وظائف إحشائهم لدرجة يستطيع بها أحدهم أن يسرع أو يبطئ ضربات قلبه .

الإحساسات
(Sensations)

لكى يتفاعل الجهاز العصبى مع البيئة المحيطة به لابد له من جهاز ينقل إليه المعلومات عن هذه البيئة، وهذا الجهاز يتمثل فى الإحساسات التى تتم بطرق مختلفة وتتخصص فى نقل مختلف المثيرات من الصوت والضوء إلى الروائح والطعوم (المذقات) والملمس .

وتتميز الإحساسات بوجود مستقبلات لها طرفية فى الجسم تنقل الإحساس إلى ألياف عصبية خاصة، ومنها إلى مسارات عصبية خاصة حيث تصل فى نهاية الأمر إلى مركز الإحساس بقشرة المخ ،والإحساسات متنوعة منها ما هو سطحى ومنها ما هو عميق وما هو قشرى بالإضافة إلى الإحساسات الخاصة .

أولا : الإحساسات السطحية

(Superficial Sensations)

وهى الإحساسات التى تعتبر مستقبلاتها سطحية ترتبط بسطح الجسم أى الجلد .

وتشمل الإحساسات السطحية ما يلى :

١- **الإحساس بالألم** : مثل الشعور بوخزة الدبوس الذى ينقل من الجلد بواسطة نهايات عصبية دقيقة عارية ثم إلى الأعصاب الطرفية الشوكية ثم إلى الحبل الشوكى حيث تصعد فى مسارات خاصة ثم تعبر إلى الجانب الآخر وتصل إلى القشرة الحسية للمخ مرورا بالمهاد .

٢- **الاحساس بالتغير فى درجة الحرارة** : أى الإحساس بالبرودة أو السخونة وينقل بواسطة مستقبلات خاصة بالجلد عبارة عن تجمعات كروية من الأعصاب تسمى بصيلات كراوس فى حالة البرودة، وكريات أخرى تسمى كريات رفينى لإستقبال الإحساس بالسخونة، ثم من المستقبلات إلى الأعصاب الطرفية الشوكية إلى النخاع الشوكى، حيث تصعد فى مسارات خاصة ثم تعبر إلى الجانب الآخر وتصل إلى قشرة المخ مرورا بالمهاد.

٣- **الإحساس باللمس** : ونقصد به اللمس الخفيف ويستقبل بواسطة كريات مينر ثم إلى الأعصاب الطرفية الشوكية فالحبل الشوكى، حيث يصعد فى مسارات خاصة لا تلبث أن تعبر إلى الجانب المقابل صاعدة إلى المهاد ثم إلى قشرة المخ .

ويختلف توزيع الإحساسات السطحية من مكان إلى آخر بالجسم حيث تكثر المستقبلات فى بعض المناطق دون بعض مثل أطراف الأصابع.

ولاتخفى أهمية الإحساسات السطحية فالجلد يعتبر هوالدرع الواقى للجسم

وهو خط الدفاع الأول ضد الاختراق باحساس الألم أو الإحتراق بإحساس الحرارة اوالتجمد باحساس البرودة ، وبناء على المعلومة الحسية القادمة يتفاعل الجسم بتنظيماته المختلفه كيميائية أو عصبية .

ثانيا: الإحساسات العميقة
(Deep Sensations)

وهى التى يتم استقبالها بواسطة تراكيب عميقة قد ترتبط بالعضلات والأربطة حول المفاصل (وهى تساعد الجهاز العصبى فى معرفة وضع الجسم وحالة انقباض أوارتخاء العضلات المختلفة فى الجسم)، أوترتبط بالأحشاء الداخلية (وهى التى تنقل الاحساس بامتلاء الأحشاء أوخلوها) .

١- الإحساس بالوضع (Sense of Position)

ويتم إستقبال هذا النوع من الإحساس بواسطة مستقبلات خاصة فى العضلات والمفاصل، ثم تنقلها الأعصاب الطرفية إلى مسارات خاصة فى النخاع الشوكى حيث تصعد إلى قشرة المخ .. ويشارك فى الإحساس بالوضع المستقبلات البصرية فى العينين ومستقبلات الإتزان فى الأذن الداخلية .

٢- الإحساس بالحركة (Sense of Movement)

وينقل بواسطة المستقبلات فى العضلات والمفاصل وتأخذ نفس مسارات الإحساس بالوضع .

٣- الإحساس الحشوى (Visceral Sensations)

وهو الإحساس المرتبط بحالة الإحشاء الداخلية مثل إمتلاء المعدة أو المثانة أو

القولون أو خلوها ، لذلك فهوينقل الإحساس بالجوع والشبع والمغص من الاحشاء إلى قشرة المخ.

ثالثا : الاحساسات القشرية
(Cortical Sensations)

وهذا النوع من الإحساس يشمل التعرف على الأشياء باللمس[١]سواء كانت أجسام أو مخطوطات، والتمييز اللمسى بين نقطتين وتحديد موضع اللمس من الجسم، ويسمى هذا النوع من الإحساسات بالقشرى لإحتياجه لأكثر من منطقة بقشرة المخ، فهووظيفة مركبة من إحساس وإدراك[٢]، وهوأحد الحواس الخاصة (الحواس الخمسة) .

رابعا: الإحساسات الخاصة (الحواس الخمسة)
(Special Senses)

١- الإحساس البصرى (Visual Sensation)

يحدث الإحساس البصرى نتيجة إنكسار الأشعة المنعكسة من المرئيات بواسطة عدسة العين، فتسقط على الشبكية التى تحتوى على المستقبلات البصرية، فتنقلها بدروها إلى خلايا عصبية متخصصة بالشبكية، ومنها إلى الألياف العصبية التى تكون العصب البصرى (العصب الجمجمى الثانى) ، حيث يتكون من كل عين عصب بصرى واحد يكون أيمن للعين اليمنى وأيسر للعين اليسرى ولا تلبث مكونات العصب البصرى أن تنقسم إلى مسارات صدغية[٣] تكمل مسارها البصرى فى نفس الجانب ومسارات أنفية تعبر إلى الجانب المقابل

---

(١) هذا النوع ينمو لدى المكفوفين ليعوض فقدن البصر .

(٢) هنا نعنى به فهم المثير اللمسى بناء على خبرة سابقة .

(٣) تحمل الألياف العصبية البصرية القادمة من الشبكية القريبة من الصدغ .

وبذلك يصبح المسار البصرى مشتملا على الألياف الصدغية من نفس الجانب بالإضافة إلى الألياف الأنفية من الجانب المقابل ويصلان معا إلى الجسم الركبى فى المهاد ، ومنه تخرج الإشعاعات البصرية إلى قشرة المخ فى الفص الخلفى حيث يتم فهم الصورة المنقولة من الشبكية وبذلك تنقل العينان نفس الصورة .

٢- الإحساس السمعى (Auditory Sensation)

تنتقل موجات الصوت من الهواء الخارجى إلى الأذن فتهتز الطبلة، التى تهز بدورها ثلاث عظيمات صغيرة فى الأذن الوسطى (المطرقة والسندان والركاب)، فتصل بالإهتزازات إلى الأذن الداخلية فيهتز السائل الذى بداخلها، وبالتالى تهتز البروزات الشعرية المتصلة بعضو السمع المسمى عضو كورتى، ومنه إلى الخلايا العصبية المتخصصة فالعصب السمعى (القوقعى)، الذى يصل إلى الجسر ومنه يعبر إلى الجانب المقابل صاعدا إلى المهاد ، ثم منه تصل الإشعاعات السمعية إلى قشرة المخ السمعية فى الفص الصدغى من قشرة المخ حيث يتم فهم الموجات المسموعة .

٣- الإحساس الشمى (Olfactory Sensation)

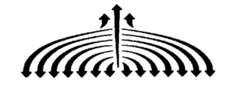
يحمل الهواء الروائح عند دخوله الى الأنف خلال عملية الشهيق ،حيث يختلط جزء من الهواء فى الجزء العلوى من الأنف بنسيج خلوى خاص به (المستقبلات الخاصة بالشم)، وذلك خلال ذوبان الرائحة فى إفرازات الأنف، وتحمل الرائحة عبر ألياف عصبية تخترق عظام الجمجمة مكونة العصب الشمى (الجمجمى الأول)، الذى يصل إلى الدماغ الأوسط ومنه إلى الفص الصدغى من قشرة المخ حيث وظيفة الشم .. ويتم التعرف على الرائحة من خلال الخبرة السابقة

٤-الاحساس التذوقى (Gustatory Sensation)

والإحساس التذوقى بدايته من اللسان الذى توجد به مستقبلات خاصة هى براعم التذوق، التى تغطى اللسان وتتصل هذه المستقبلات فى الثلث الخلفى من اللسان بالعصب اللسانى البلعومى (الجمجمى التاسع)، وتتصل فى الثلثين الأماميين من اللسان بالعصب الوجهى (الجمجمى السابع)، وهناك قليل من البراعم التذوقية فى لسان المزمار تنقل عبر العصب الحائر (الجمجمى العاشر)، وينتهى بها الأمر جميعا إلى الفص الجدارى لقشرة المخ . وعادة يميز الإنسان بين أربعة أنواع من التذوق، هى الحلو والمالح والحمض والمر، ويزيد الاحساس بالطعم الحلو فى أطراف اللسان وكذلك الطعم المالح .. ويتشابه الإحساس بالشم والتذوق من حيث أن كلاهما إثارة كيميائية للمستقبلات .

٥-الاحساس اللمسى (Tactile Sensation)

وهوالتعرف على الأشياء باللمس ويسمى بالإحساس القشرى وسبقت الاشارة إليه .



الفصل الرابع

الجهاز الهرمونى (الغدد الصم)

وهى مجموعة من الغدد تنتشر فى أماكن متفرقة من الجسم وتفرز هرمونات تصبها مباشرة فى الدم دون قناة لذلك أطلق عليها الغدد الصم، وكل من هذه الهرمونات له وظيفه معينة يؤديها فى مكان معين من الجسم، وتقع هذه الغدد الصم تحت سيطرة المهيد الذى يتحكم فى سيدة الغدد بالجسم ،وهى الغدة النخامية والتى تتحكم بدروها فى باقى الغدد كما أن هرمونات هذه الغدد تنظم بواسطة آليه تسمى التغذية المرتجعة الحيوية، حيث أن زيادة الهرمون إلى حد معين يوقف إفرازه بينما نقص الهرمون بالدم إلى حد معين يثير المهيد الذى يفرز العامل المطلق المناسب إلى الغدة النخامية التى تطلق بدورها هرمون يعمل على إثارة الغدة المعنية بالهرمون الناقص فى الدم ..

وهذه الغدد هى :-

١- الغدة النخامية
٢ - الغدة الدرقية
٣- الغدة جار الدرقية
٤ - الغدة فوق الكلوية
٥- جزء من البنكرياس
٦ - الخصيتان والمبيضان

(١) الغدة النخامية

(Pituitary Gland)

توجد الغدة النخامية فى قاع الجمجمة أسفل المخ، ويبلغ حجمها نصف سم فى واحد ونص سم أى أنها تقترب فى حجمها من حبة الفاصوليا، وهى سيدة

الغدد في الجسم لإنها تنظم عمل الغدد الصم جميعا .. وتتكون الغدة النخامية من ثلاث فصوص هى الأمامى والأوسط والخلفى وكل من هذه الفصوص له وظائف خاصه به نفصلها فيما يلى :-

وظائف الفص الأمامى :-

يفرز الفص الأمامى عدة هرمونات هى :-

١- هرمون النمو.

٢-الهرمون المنشط للغدة الدرقية .

٣-الهرمون المنشط للغدة الكظرية.

٤-الهرمون المدر للّبن .

٥-الهرمونا ت المنشطة للأعضاء التناسلية (للغدد التناسلية)

١-هرمون النمو
(Growth Hormone)

يؤثر هرمون النموفى عملية النمو بصورة مباشرة بالإشتراك مع الهرمونات الأخرى، وخاصة فى نمو العظام حين تتوقف هذه النهايات عن النمو وينبه هرمون النموعمليات البناء البروتينى وإمتصاص الكالسيوم من الأمعاء وتحويل الجليكوجين إلى جلوكوز، ولكن إفراز هرمون النمو يتم تحت إشراف وتوجيه من الهيبوثلاموس بواسطة إطلاق عامل مفرز لهرمون النمو .. وزيادة هرمون النمو فى الطفولة تؤدى إلى حالة العملقة (Gigantism) وزيادته بعد البلوغ تسبب مرض تضخم العظام (Acromegaly).

٢- الهرمون المنشط للغدة الدرقية

ويتحكم هذا الهرمون فى نمو الغدة الدرقية وينظم وظائفها، وينشط عملية أخذ عنصر اليود من الدم، الذى هو أساس تخليق هرمون الثيروكسين كما يلعب دورا أساسيا فى تخليق هذا الهرمون، الذى يفرز من الغدة الدرقية وينظم إفراز هذا الهرمون بإشراف المهيد بواسطة عامل مفرز خاص بهذا الهرمون، ويزداد إفراز هذا الهرمون عند مواجهه شدة وعند الإحساس بالبرودة ويحدث العكس فى الجوالحار .

٣-الهرمون مغذى الغدة الكظرية

وهذا الهرمون ينشط الغدة فوق الكلوية لإفراز هرموناتها، ويتم تنظيم إفراز هذا الهرمون تحت إشراف المهيد أيضا، ويكون ذلك تبعا للشدائد النفسية والظروف الإنفعالية .

٤-الهرمون مدرا للبن

وله تأثير مباشر على غدتى الثدى بعد الولادة فينشط عملية إدرار اللبن، أما عملية خروج اللبن من قنوات الثدى فتنظم بواسطة هرمون الأوكسى توسين، الذى يفرز من الفص الخلفى للغدة النخامية .

٥-الهرمونات المنشطة للغدد الجنسية

وتشمل هذه الهرمونات ما يلى :

أ - **هرمون منشط المبيض فى الأنثى:** الذى يؤثر على المبيض فيساعد على انضاج الحويصلات، وأثناء هذا النموتقوم الحويصلات بإفراز هرمون الأستروجين، وحين يصل تركيز الأستروجين إلى حد معين فإنه يثبط إفراز

هرمون منشط المبيض، وهناك هرمون آخر منشط للمبيض ويؤدى إلى نضج الحويصلات والتبويض أى إخراج البويضة من الحويصلة (وتكوين الجسم لأصفر، الذى يفرز بدوره هرمون البروجستيرون، وحين يصل تركيز هذا الهرمون البروجستيرون) إلى درجة معينة فإنه يثبط إفراز الهرمون المنشط للمبيض .

ب - **هرمون منشط الخصية فى الذكر** : حيث ينشط أحد الهرمونات أنابيب الخصية لإنتاج الحيوانات المنوية، أما الهرمون الآخر فيؤثر على الخلايا الليفية بالخصية التى تفرز هرمون التستوستيرون .

وظائف الفص الخلفى للغدة النخامية :

يكون الفص الخلفى للغدة النخامية مع المهيد وحدة وظيفية، حيث يعتبر مخزنا لهرمونات تصنع أساسا فى المهيد وتفرز أيضا باشراف المهيد، وهما هرمونان **أحدهما يسمى الأوكسى توسين والآخر يسمى الهرمون المضاد لإدرار البول** .

هرمون الأوكسى توسين : الذى ينبه عضلات الرحم فتنقبض الأمر الذى يساعد على عودة الرحم الى حجمه الطبيعى بعد الولادة، كما يعمل على دفع اللبن للخروج بانقباض العضلات المحيطة بقنوات اللبن .

الهرمون المضاد لإدرار البول: ويسمى أيضا بالهرمون القابض للأوعية الدموية، ويؤثر على أنابيب الكليتين فيتحكم فى إعادة وإمتصاص الماء، وذلك بناءا على توجيه المهيد وبناء على المعلومات القادمة إليه من المستقبلات الإسموزية الموجودة فى المهيد، كما سبقت الإشارة إلى ذلك فى وظائف المهيد .

(٢) الغدة الدرقية
Thyroid Gland

وهي عبارة عن فصين يقعان على جانبي القصبة الهوائية في مقدمة الرقبة وملتصقة بالقصبة الهوائية، لدرجة أنها تتحرك معها لأعلى وأسفل أثناء عملية البلع، وهي هامة في عملية النمو وتنظيم عملية الأيض بواسطة هرمونها الذى تفرزه ويطلق عليه هرمون الثيروكسين، وتخضع الغدة الدرقية لهرمون منشط الغدة الدرقية الذى يفرز من الغدة النخامية .

وظائف هرمون الثيروكسين :

١- تنظيم عملية التمثيل الغذائى الأيض (حيث يزيد من امتصاص السكر من الأمعاء ويزيد من معدل إحتراقه بواسطة الخلايا، ويعمل على تكسير السكر المخزون في الكبد في صورة جليكوجين إلى جلوكوز يسهل تحويله إلى طاقة بواسطة الخلايا، ويساعد على إنتاج الجلوكوز من المواد غير النشوية مثل الدهون والبروتينات .. كما يقلل من نسبة الدهون فى الدم وكذلك نسبة الكولسترول، ويزداد تخليق وهدم البروتينات فى الجسم وهى العملية الضرورية لحدوث النمو،حيث لا يمكن لهرمون النمو أن يعمل فى غياب هرمون الثيروكسين .

٢- تنشيط الوظائف الحيوية مثل زيادة ضربات القلب وزيادة مدفوع الدم من القلب ورفع ضغط الدم الانقباضى تبعا لذلك .. كما يزيد إستهلاك الأكسجين الأمر الذي يترتب عليه زيادة معدل وعمق التنفس .

٣- زيادة نشاط الجهاز العصبى والمخ حيث يزيد هرمون الثيروكسين من سرعة العمليات العقلية من التفكير والإدراك والذاكرة والتفاعل فى المواقف المختلفة.

٤- زيادة توتر العضلات ونشاطها لدرجة إحداث رعشة دقيقة إذا زاد هذا

الهرمون.

ه- زيادة النشاط الجنسى حيث يزيد هذا الهرمون من نشاط الرجل الجنسى ونقصه يؤدى إلى نقص هذا النشاط ويؤدى إلى توقف الدورة الشهرية لدى الأنثى .

وزيادة هرمون الثيروكسين بسبب مرض **تسمم الغدة الدرقية** (Thyrotoxicosis)، الذى يسبب زيادة الإحتراق الغذائى وزيادة ضربات القلب ورعشة اليدين الرقيقة وجحوظ العينين، ويصاحب ذلك إحساس التوتر وعدم الإستقرار والشعور بالقلق وسرعة الإستثارة وقد يشخص هذا الاضطراب على أنه قلق إلا أن تحليل نسبة هرمون الثيروكسين بالدم يظهر إرتفاعها عن المعدل الطبيعى .

كما أن نقص الثيروكسين فى الطفولة يسبب مرض **القصاع** (Cretinism) حيث يقل النمو ويتأخر ويصاحبه تخلف عقلى، أما نقصه بعد البلوغ فيسبب مرض **المكسيديما** (Myxedema)،الذى يقل فيه التمثيل الغذائى والإحساس بالبرودة وزيادة الوزن ونقص النشاط الجنسى وإنقطاع الدورة الشهرية وتبلد التفكير والسلوك وجميع الوظائف العقلية .

(٣) الغدة جارالدرقية

(Parathyroid Gland)

وهى أربعة من الغدد الصغيرة الحجم التى تستقر خلف الغدة الدرقية وتفرز هرمونا واحدا هوالمسئول عن مستوى الكالسيوم والفوسفور فى الدم، ويطلق عليه **باراثورمون** (ونقص هذا الهرمون ينشأ عنه نقص معدل الكالسيوم فى الدم وزيادة مستوى الفسفور، ونقص مستوى الكالسيوم إلى حد معين يؤدى إلى إنقباض العضلات وتصلبها بسبب زيادة إستثارة الأعصاب الطرفية والجهاز العصبى المركزى بسبب نقص الكالسيوم) وهذه الحالة يطلق عليها التكزز

.(Tetany)

أمازيادة هذا الهرمون الناتجة عن زيادة نشاط الغدة جارالدرقية فإنها تسبب إزدياد أخذ الكالسيوم من العظام مما ينتج عنه فجوات فى العظام ويجعلها هشة وسهلة الكسر (وهن العظام)، بالاضافة الى نقص توتر العضلات وضعفها وحالة الهزال العام .

(٤) الغدة الكظرية
(Suprarenal Gland)

وتتميز الغدة الكظرية إلى قشرة ونخاع وتفرز القشرة قشرانيات معدنية (Mineralo-corticoid) وقشرانيات سكرية (Glucocorticoids)، وتعمل المعدنية على تنظيم المعادن بالجسم (الصوديوم والبوتاسيوم) ، بينما تعمل السكرية على ترسيب الجليكوجين فى الكبد وتكسير الأنسجة البروتينيه إلى أحماض أمينية وتكسير الدهون ،كما تزيد من مقاومة الجسم والنفس لحالات الشدائد وأهمها الكورتيزون والهيدروكورتيزون .

وزيادة إفراز هذه الهرمونات المعدنية والسكرية (بسبب مرض كوشنج Caushing's Disease) حيث تضعف عضلات الأطراف مع سمنة مفرطة فى الوجه والجذع، ويزيد السكر بالدم والضعف الجنسى للرجال وتوقف الحيض للإناث .. بينما نقصه يسبب مرض أديسون (Addison's Disease) حيث ينخفض ضغط الدم ويقل التمثيل الغذائى وتضعف العضلات وتقل الوظيفة الجنسية ويصطبغ الجلد بخلايا صبغية ، فتتحول البشرة البيضاء إلى سوداء، ويصاحب ذلك ضعف جسمانى ونفسى وإضطراب إنفعالى .كما تفرز الغدة الكظرية قشرانيات جنسية وهى الأندروجين والبروجستيرون والاستروجين، وتساعد فى النمواالجنسى فى مرحلة البلوغ .. وزيادة هذه الهرمونات خلقيا يسبب التخنث الكاذب لدى الاناث حيث يتغطى الجسم بشعر يشبه الرجال، وتحدث الدورة الشهرية مبكرا فى سن

أربع سنوات كما يسبب النضج الجنسى المبكر لدى الذكور الأمر الذى يحدث تكلسا مبكرا فى العظام ينشأ عنه قصر الطول .. أما زيادة هذه الهرمونات المكتسبة فتسبب تشابه الأنثى ظاهريا بالذكر، كما تسبب تشابه الذكر بالأنثى حيث يزداد حجم ثدييه وتقل رغبته للإناث ويضعف جنسيا وتضمر خصيتاه .

أما النخاع الكظرى فيفرز هرمونى الأدرينالين بنسبة (٨٠٪) والنورأدرينالين (٢٠٪) ويعمل هذان الهرمونان بطريقة مباشرة فى الأعضاء التى تخضع لسيطرة الجهاز العصبى السمبتاوى فيحدثان إرتفاعا فى ضغط الدم وتضييق الشرايين، بالإضافة إلى جميع التأثيرات المشابهه لزيادة نشاط الجهاز السمبتاوى على مختلف أجهزه الجسم .. وهذه الغدة يزداد نشاطها عند مواجهه شدة نفسية أو جسمانية، أو التعرض لدرجات الحرارة المنخفضة .

وزيادة نشاط نخاع الغدة الكظرية يؤثر بمزيد من نشاط مشابه لنشاط الجهاز العصبى السمبتاوى أما نقص إفرازها فلا يؤثر كثيرا فى مواجهة الشدائد سواء فى القتال أوالهرب التى سوف يتحمل مواجهتها الجهاز العصبى السمبتاوى

(٥) غدة البنكرياس

وهى عبارة عن جزء من الخلايا الموجودة بالبنكرياس يطلق عليها جزر لانجرهانز تحوى نوعان من الخلايا هما :-

١- خلايا ألفا (Alpha Cells): وتفرز مادة الجلوكاجون التى تعمل على زيادة السكر فى الدم بتكسير الجليكوجين وتفرز هذه المادة عند إنخفاض معدل السكر بالدم وبناء على طلب هرمون النمو الذى يفرز من الغدة النخامية .

٢- خلايا بيتا (Beta Cells) : وتفرز هرمون هام هوالإنسولين الذى ينظم السكر بالدم ويزيد من تخزين الجليكوجين فى الكبد ويؤدى إلى إحتراق السكر فى الأنسجة، مما ينتج عنه الطاقة كما أنه يؤدى إلى تحول السكر إلى أحماض دهنيه ثم تحول بدورها إلى دهون مختزنة .

ونقص هرمون الإنسولين يسبب مرض السكر (البول السكرى)(Diabete Mellitus) الذى يرتفع فيه السكر بالدم لدرجة قد يوجد معها فى البول، ويزداد عدد مرات وكمية التبول ويصاحب ذلك الشعور بالعطش وشرب الماء بكثرة، ويفقد الشخص بعضا من وزنه ويصاب بنهم للأكل (يأكل كثيرا)، ونظرا لنقص الطاقة التى تنتج من إحتراق الجلوكوز فإن الشخص يصاب بالوهن والضعف .

(٦) الغدد الجنسية

١- الخصية

تتكون الخصية من عدد كبير من الأنابيب التى تتكون فيها الحيوانات المنوية حيث تتكون من الخلايا المبطنة لهذه الانابيب، بينما تفرز الخلايا البينية هرمون التستوستيرون المسئول عن إظهار علامات البلوغ لدى الذكر، وهى غلظ الصوت وخشونته وقوة العضلات وإنتشار الشعر على الجسم وفى مناطق العانة وتحت الإبط وظهور اللحية، كما أنه ينمى الرغبة للجنس الآخر وينشط من عملية إنتاج الحيونات المنوية .

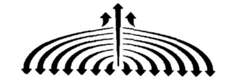
٢- المبيض

وهما مبيضان داخل الحوض على جانبى الرحم ويفرز هرمونين هما الاستروجين الذى ينتج بواسطة الحويصلة التى بداخلها البويضة (وهرمون البروجستيرون وينتج بواسطة الجسم الأصفر)، أى الحويصلة التى كانت بها البويضة لمدة (١٠ - ١٢) يوم كل دورة اذا لم يحدث حمل، أما فى حالة الحمل فيستمر حتى الشهر السادس) .

ويعمل الاستروجين على نمو الصفات الجنسية الثانوية للأنثى المتمثلة فى بروز الثديين وإستدارة الأرداف وظهور الشعر فى منطقة العانة وتحت الإبط ونعومة الصوت، كما ينمى الأعضاء الجنسية الخارجية للأنثى .

بينما يعمل هرمون البروجستيرون على زرع البويضة المخصبة فى جدار الرحم وينمى المشيمة اللازمة لتغذيتها ويمنع حدوث التبويض أثناء الحمل .

ومن خلال عرضنا للجهاز العصبى وجهاز الهرمونات الغدد الصم نلاحظ أن الجهاز العصبى اللاإرادى وجهاز الهرمونات المتصل بالجهاز العصبى يختصان بإستمرار الثبات النسبى للبيئة الداخلية للجسم، بينما يختص الجهاز العصبى العضلى بردود أفعال الفرد تجاه البيئة الخارجية .. ولعل تعاون هذه الأجهزة الثلاثة فى إحداث رد الفعل تجاه مواقف الحياة وشدائدها المختلفة وما يصاحبها من تغيرات فى الإنفعال عملية معقدة جدا ، ولكنها توضح وحدة الفرد نفسيا وجسديا وهذا التعاون والتناغم بين هذه الأجهزة الثلاثة هام جدا لحياة الفرد وتكيفه مع البيئة من حوله .



الفصل الخامس

الوظائف النفسية

كما نعلم فإن جسد الإنسان يتكون من أجهزة ولكل جهاز وظيفته أو وظائفه الخاصة به، وتتكامل هذه الوظائف فيما بينها كما تتكامل مع وظائف الأجهزة الأخرى، لتكون وحدة الجسد المتكاملة الوظائف، والنفس كما ذكرنا هى محصلة نشاط المخ، أى أنها مجموعة الوظائف العليا للدماغ وهذه الوظائف يكتنفها غموض النفس وتعقدها، وحين يتناول العلماء وظائف النفس بالدراسة فإنهم يبرزونها بشكل متشابك غير متسلسل يصعب فهمه خاصة للمبتدئين فى مجال دراسة النفس، وهذا ما دعانى بعد طول معاناة لوضع هذا التصنيف لوظائف النفس حتى يتيسر فهمها بشكل متكامل وبأقل قدر من التشابك والغموض .. يمكن تقسيم الوظائف النفسية إلى وظائف بسيطة وأخرى مركبة، وتعتبر الوظيفة البسيطة وظيفة أساسية ،أما الوظيفة المركبة فتتألف من مجموعة من الوظائف البسيطة .

أولا -الوظائف النفسية البسيطة وتشمل :

١- الوعى	٢ - الانتباه
٣- الادراك	٤ - الذاكرة
٥- الوجدان	٦ - التفكير
٧- الحركة	٨ - الكلام

ثانيا - الوظائف النفسية المركبة :- ومن أمثلتها :-

١- الاهتداء (إدراك البيئة) (Orientation)   ٢- التعلم

٣ - الذكاء   ٤ - الحكم على الأمور

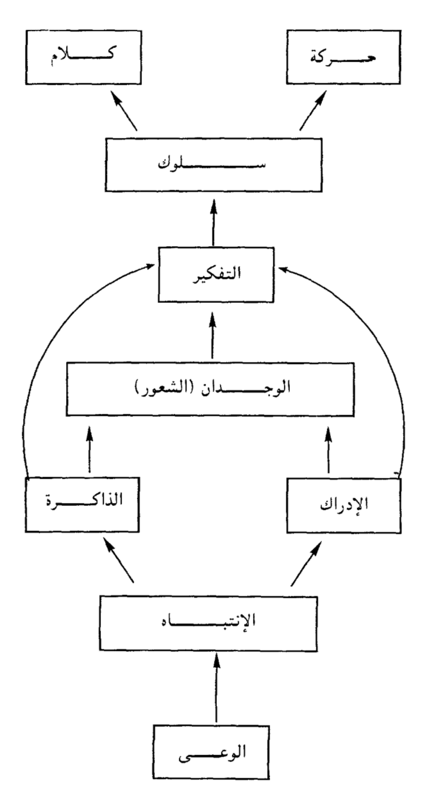
وسوف نذكر تفصيلا يوضح رؤيتنا لكل منها.

أولا - الوظائف النفسية البسيطة :-

عندما تكون جالسا فى مكان ما ويقبل عليك صديق عزيز لم تلتق به من فترة طويلة، فإنك تنهض للترحيب به بحرارة تتناسب مع مكانة هذا الصديق لديك فقد تصافحه وتقبله وتنطق بكلمات الترحيب والاشتياق لمثل هذا اللقاء .. ولكن هذا السلوك الترحيبى لم يحدث فجأة ولكن سبقته عمليات عقلية (نفسية)، تبدأ بأنك كنت فى حالة وعى فلوكنت فاقدا للوعى بسبب غيبوبة اونوم لما بدأت العمليات العقلية التى عبرت عنها بسلوك الترحيب، ومن هنا كانت **الوظيفة الأساسية الأولى هى الوعى**(Consciousness) ودعنا نفترض أنك كنت جالسا فى حالة وعى ولكنك كنت متجهاً بوعيك إلى شئ آخر تقلبه بين يديك ،فإن انشغال وعيك بالشئ الذى بين يديك سوف يحجب عنك رؤية الصديق، وبالتالى لن تبدأ العمليات العقلية التى إنتهت بسلوك الترحيب، وإنشغال الوعى عن الصديق هو عدم الإنتباه إليه ولذا **فالوظيفة الأساسية الثانية هى الانتباه** (Attention)، ونظرا لأنك فى حالة وعى وإنتباه موجه إلى صديقك فإن صورته سوف ترتسم على شبكية عينيك وتنتقل إلى مخك الذى سوف يدرك أبعاد هذه الصورة ويفهم أن القادم رجلا مواصفاته كذا وكذا وذلك طبقا للخبرة السابقة بالألوان والأطوال والأحجام إلى غير ذلك من التفاصيل، وهذا هوالإدراك (Perception) **وهى الوظيفة النفسية الثالثة**، ولكن هذه التفاصيل المدركة لمواصفات الصديق تتم مضاهاتها بالخبرة السابقة المختزنة فى عقلك، فتقفز المعلومات المختزنة عن هذا الصديق إلى بؤرة الإنتباه، فتتذكر إسمه ومهنته وآخر

لقاء بينكما الى غير ذلك من الذكريات التى ترتبط به، وهذه هى **الوظيفة النفسية الرابعة التى نطلق عليها الذاكرة** (Memory)، ونظرا لأن هذا الصديق عزيز لديك فانك لاشك سوف تسر لرؤيته، وهذا السرور شعور داخلى لديك وجزء تعبيرى يظهر عليك (فى تعبيرات الوجه)، والشعور الداخلى وما يصاحبه من تعبير خارجى نطلق عليهما معا **وظيفة الوجدان**(Mood) وهى **الوظيفة النفسية الخامسة**، ولاشك أن مشاعرك السارة سوف تتحول إلى أفكار تناسب هذا الموقف السار، وتكون عن أسلوب الترحيب هل سوف تنهض لملاقاته بالاحضان أم سوف تحييه وأنت جالس ؟ هذه الأفكار تمر بذهنك فى إطار **الوظيفة السادسة وهى التفكير**(Thinking)، أما السلوك النهائى من حركة النهوض لملاقاته واحتضانه أومصافحته، فهى **وظيفة الحركة** (Motility)، وكلمات الترحيب هى **وظيفة الكلام** (Speech)، وهما **سابع وثامن الوظائف النفسية** .. وسوف نطرح الآن إفتراضا يؤكد وحدة الوظائف النفسية، فلو فرض أن الشخص المقبل لم يكن صديقا ولكنه كان شخصا غير مقبول لديك وبينكما سوء تفاهم أو مشكلة متفاقمة، فإن وعيك وإنتباهك سوف يؤديان إلى إدراكه وسوف تذكر ما بينكما من سوء تفاهم فيتولد شعور داخلى مناسب هو الضيق والكدر وينعكس هذا فى تعبير وجهك، وتكون الأفكار الداخلية عدائية ويكون السلوك الحركى مطابقا لأفكارك عدائيا فتشيح بوجهك عنه أوتتأهب حركيا لعراك معه، كما يكون الكلام عدائيا أيضا يعكس تلك الأفكار؛ وشكل رقم (٣) يبين تسلسل هذه الوظائف .

ومن هذا العرض لطبيعة المواقف يتضح ترتيب الوظائف النفسية وكيف تبنى كل منها على ما يسبقها من وظائف **وفى الصفحات التالية سوف نعرض كل من هذه الوظائف بشئ من التفصيل .**



رسم توضيحى لتسلسل الوظائف النفسية البسيطة
شكل رقم (٣)

١- وظيفة الوعى

ويعرف الوعى بأنه حالة اليقظة اللازمة لإدراك الشخص لنفسه وما حولها[١]، وحالة اليقظة هذه تنظم بواسطة الجهاز المنشط الشبكى حيث أن زيادة نشاطه تمنع حدوث النوم بينما نقص نشاطه لايؤدى مباشرة إلى حدوث النوم .. ويتكون الجهاز المنشط الشبكى، من تجمع من الخلايا والألياف العصبية الموجودة فى أعلى جذع الدماغ، ويرتبط بمهاد المخ حيث تأتى المثيرات القادمة إلى الجهاز العصبى عبر الحواس الخمسة، ثم تنتشر هذه المثيرات من الجهاز المنشط الشبكى إلى جميع قشرة المخ، التى ترسل بدورها نبضات عصبية إلى التكوين الشبكى، ومن ذلك يظهر دور المثيرات الخارجية فى تنشيط بعض مراكز الدماغ (الجهاز المنشط الشبكى) والمحافظة على حالة اليقظة (حالة الوعى) بل وزيادتها أحيانا، بالاضافة إلى ما تنقلة المثيرات عن البيئة الخارجية للجهاز العصبى أى أنها تقوم بوظيفة معرفية أيضا بينما نقص المثيرات أو ثباتها فى النغمة والإيقاع لفترة يقلل من اليقظة ويوصل لحالة النوم، ولقد لوحظ أن تنبيه أجزاء معينة من قشرة المخ (التلفيف الصدغى العلوى والسطح الحجاجى من الفص الجبهى[٢]) يسبب زيادة النشاط الشبكى وموجات تخطيط الدماغ الكهربى ويوقظ حيوان التجارب من نومه، رغم أن تأثير نفس الإثارة على حيوان متيقظ لا يذكر كما لوحظ أن إثارة مناطق أخرى من قشرة المخ لا ينتج عنه نفس التأثير مهما بلغت شدة المثير، وذلك يعنى أن مسارات معينة تمر من القشرة إلى التكوين الشبكى وعن طريقها يمكن للأحداث داخل القشرة أن تسبب حالة اليقظة، وهذا قد يكون هوالمسئول عن استجابات اليقظة المصاحبة للإنفعالات وما إليها من ظواهر نفسية تحدث فى غياب المثيرات الخارجيه كالأرق الذى يحدث فى حالات القلق حيث يزداد نشاط الجهاز السمبتاوى المصاحب بزيادة إفراز الأدرينالين والنورأدرينالين المسئولين عن

---

(١) هناك إستخدام آخر لكلمة "وعى" (Conscious) وتعنى وعى الشخص بمشاعره واتجاهاته ونزعاته وإرادته .

(2) Obrbital surface of the frontal lobe, Superior temporal gyrus.

حالة اليقظة (الأرق)، فلقد لوحظ أن حقنهما يسبب حالة اليقظة وذلك عكس السيروتونين الذى له دور فى احداث النوم وقطع المسارات المخية الخاصة به يؤدى الى حالة الأرق .

ولذلك خلص بعض الدارسين الى أن حالة الوعى (اليقظة) يلزم لها شيئان :

١- وجود حد أدنى من نشاط الجهاز المنشط الشبكى .

٢- تصريف النشاط العصبى للمخ فى الاتجاهات السليمة فمن المعروف أنه أثناء النوبات الصرعية الكبرى يكون نشاط المخ أكثر من الطبيعى عدة مرات برغم أن المريض يكون فاقد الوعى .

● النـــوم :

وهوحالة من فقدان الوعى التى يستطيع الشخص أن يفيق منها بمثير مناسب . ولقد لوحظ أن النوم عبارة عن سلسلة من المراحل المتكررة تبدأ بفترة الدخول فى النوم، وفيها تقل الاستجابة للمؤثرات الخارجية وترتخى العضلات وتزداد موجات ألفا[١] فى تخطيط الدماغ الكهربائى، ومدة هذه الفترة عشر دقائق فأقل وإذا أوقظ الشخص خلالها لا يذكر أنه نام .. ثم يبدأ النوع الأول من النوم والمعروف بالنوم بطئ الموجة أو النوم غير المصاحب بحركة العين السريعة، وهذا النوع مقسم إلى أربعة مراحل يتدرج عمق النوم خلالها بالترتيب، ويختلف إيقاع موجات الدماغ التى تظهر فى تخطيط الدماغ الكهربائى فى كل منها، ففى المرحلة الأولى تسود موجات ألفا ٨-١٢ (موجه / الثانية)، وفى المرحلة الثانية تظهر الموجات المغزلية السريعة الإيقاع ٢٤ - ١٢ (ثانية)، وفى الثالثة يبطئ إيقاع المخ بظهور موجات ثيتا (التى يتراوح ايقاعها بين ٣و٧ فى كل ثانية)، وموجات دلتا (التى يتراوح إيقاعها بين ١و٣ موجات فى كل ثانية)، وأحيانا يتخللها ظهور بعض الموجات المغزلية ،أما المرحلة الرابعة فيبطئ فيها

(١)موجات ألفا : عبارة عن موجات تعبر عن النشاط الكهربى للمخ وهى من (٨-١٢ موجة/ ثانية)

نشاط المخ إلى أدنى معدل، حيث تظهر موجات دلتا البطيئة التى قد تقل الى حد ظهور موجة واحدة فى كل ثانية .. ومن المرحلة الرابعة يعود الشخص الى الثالثة فالثانية فالأولى، ومنها ينتقل الى النوع الثانى من النوم الذى يسمى بالنوم المصاحب بحركة العين السريعة [1] وذلك بعد فترة (٧٠ إلى ١٠٠) دقيقة من بدء النوم، ولا تزيد فترة النوم المصاحب بحركة العين السريعة عن عشرة دقائق، ومنها يعود الشخص الى المرحلة الأولى (من النوع الأول من النوم) حيث تبدأ دورة ثانية من دورات النوم يتكرر فيها ما حدث فى الدورة الأولى، وتتشابه الدورات عدا الجزء الأخير من الليل (النوم) الذى تطول فيه فترات النوم المصحوب بحركة العين السريعة .

وتوجد نظريتان لتفسير ظاهرة النوم :

- أن النوم عملية سلبية يحدث عند الإجهاد العصبى لآليات الاستيقاظ .
- أنه توجد مراكز نشطة فى المخ ترسل إشارات إلى الجهاز المنشط الشبكى لتثبيطة فيحدث النوم .

وهناك نظريات كيميائية تحاول تفسير ظاهرة النوم أيضا أهمها :

١- لوحظ وجود مادة فى دم الحيوان الذى حرم من النوم لعدة أيام وفى السائل الشوكى المخى وعند حقن هذه المادة فى حيوان آخر فانها تؤدى إلى نومه .

٢- أن إتلاف المسارات السيروتونية أو المنطقة المفرزة له (فى المنطقة المتوسطة من جذع الدماغ) يسبب أرقاً ولذا يعتقد أن العقاقير التى تقلل السيروتونين تؤدى الى الأرق أيضا .

---

(١) يتميز النوم المصحوب حركة العين السريعة باتصاله بنشاط الأحلام ويصعب إيقاظ الفرد أثناءه ويختل انتظام ضربات القلب والتنفس، وتحدث انقباضات عضلية غير منتظمة (مثل حركة العين السريعة) وارتخاء العضلات التام، ويرتفع ضغط الدم وينتصب القضيب وتكون موجات الدماغ الكهربائى خلال هذا النوع من لنوم غير منتظمة منخفضة الجهد وتشبه بعض حالات اليقظة .

٣- لوحظ أن إتلاف الجزء المسمى الموضع الأزرق (Locus Cerules) يمنع حدوث النوم المصحوب بحركة العين السريعة والمعروف أن هذه المنطقة تفرز النورأدرينالين، ومن ذلك استنتج بعض الدراسين أن السيروتونين مسئول عن النوم غير المصحوب بحركة العين السريعة بينما يتم النوم المصحوب بحركة العين السريعة بواسطة الكاتيكولامين .

وللنوم تأثير هام على الجهاز العصبى على الجسم كله فالحرمان من النوم لفترات طويلة يؤثر على الإنتباه بالنقص ويؤدى إلى أخطاء الإدراك، وقد تحدث هلاوس أوتوهان مؤقت مع البطء فى الحركة ورعشة اليدين وحساسية زائدة للألم وتكاسل القلب والرئتين وذلك لزيادة نشاط الجهاز نظير السمبتاوى، فيقل ضغط الدم ومعدل النبض وتتسع الأوعية الدموية الجلدية ويزيد نشاط الجهاز الهضمى وترتخى العضلات تماما ويقل معدل الأيض .. ومن ذلك نلاحظ حاجة الإنسان للنوم خاصة النوع المصحوب بحركة العين السريعة التى تكثر خلاله الإحلام .

• الاحــلام :

تعد الأحلام أحد الظواهر النفسية الهامة التى تحدث أثناء النوم والحلم عبارة عن صورة عقلية متسلسلة يدركها النائم . . ويرى المحللون النفسيون أن الحلم يحقق إشباعا رمزيا للرغبات ومن ثم فهوطريق للتفريغ يلعب دورا فى التوازن النفسى وللحلم محتوى ظاهر من الأفكار والخيالات والأحداث كما يذكره الشخص الحالم كما له محتوى كامن يتكون من الرغبات المكبوته التى يتم التعبير عنها بطريقة غير مباشرة فى المحتوى الظاهر .. والإنسان يحلم كل ليلة ينامها دون إستثناء، ولكن الغالبية العظمى من هذه الأحلام تنسى بمجرد الإستيقاظ من النوم .

وترتبط الأحلام أكثر بالنوم المصحوب بحركة العين السريعة ويفسر ذلك البيولوجيون بأن هناك نبضات تخرج من المنطقة السقيفية ذات الخلايا العملاقة [(١)]

(1) Giganto-cellular tegmental field .

تثبط النبضات القادمة من الجسم الركبى الجانبى(Lateral geniculate body) ويظل هذا التثبيط فى حالة اليقظة وفى النوم غير المصحوب بحركة العين السريعة ويخبو مباشرة قبل النوم المصحوب بحركة العين السريعة بما يسمح لنبضات المنطقة السقيفية أن تصل إلى الجسم الركبى الجانبى وهى المحطة بين الشبكية وقشرة المخ البصرية حيث تفسر هذه النبضات كأنها قادمة من الشبكية وترى كأحلام .

٢- وظيفة الانتباه

وهوتركيز حالة اليقظة (الوعى) تجاه مثير معين، وهوعملية إنتقاء إيجابى لمثير أو أكثر من بين المثيرات الداخلية والخارجية التى تتزاحم على مداخل الإدراك للإنسان، فعندما يكون شخص ما جالسا فى محاضرة فإن صوت المحاضر مثير وصورة المحاضر وهيئته مثير آخر والكرسى الجالس عليه الشخص ينقل إحساسا لجسمه كمثى رثالث وملابسه مثير رابع والأشخاص المحيطين به مثيرات أخرى، وقد يكون الشخص جائعا ويشكل الجوع مثير أيضا ، ومع وجود كل هذه المثيرات إلا أن الشخص يركز وعيه تجاه صوت المحاضر دون غيره من المثيرات .. ويمكن للشخص أن يركز على أكثر من مثير فى نفس الوقت، وذلك مثل السائق الذى يقود عربة ويتحدث إلى شخص يجلس إلى جواره فهو ينتبه لمحدثة فى نفس اللحظة التى يقود فيها السيارة بطريقة آلية، ولايستطيع الإنسان أن ينتبه لمثيرين يحتاجان لدرجة عالية من التركيز فى نفس الوقت، كأن يحاول التركيز فى حل لغزين رياضيين فى نفس اللحظة .. والإنتباه إما أن يكون أوليا: ويقصد به الإنتباه اللاإرادى الذى يتم تلقائيا دون إرادة من الشخص ويطلق عليه الإنتباه الغريزى أو المنعكس (Reflexive) ، كالإنتباه لصوت طلق نارى مفاجئ أو لصوت ينطق إسمك بشكل مفاجئ أو ثانويا وهو الإنتباه الإرادى حيث يوجه الشخص يقظته تجاه مثير معين بإرادته كالإنتباه لصوت المحاضر دون غيره من المثيرات .

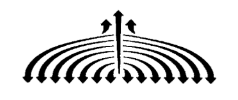
وهناك عوامل داخلية :

تؤثر فى الإنتباه منها كون المثير بلبى إحتياجا بيولوجيا، مثل الجائع الذى تجذب إنتباهه رائحة الشواء، أو يوافق رغبة الشخص كالمراهق الذى يجذب إنتباهه صورة فتاة حسناء، وهذه العوامل الداخلية أهم فى توجيه الإنتباه من العوامل الخارجية.

العوامل الخارجية :

المتمثلة فى نوع المثير (فالصورة تجذب الإنتباه أكثر من الصوت) وشدة المثير (فالصوت المرتفع يجذب الإنتباه أكثر من الصوت الخافت)، ومكان المثير (فالمثير المواجه أكثر جذبا من المثير الجانبى) ، كما أن وضوح ألوان المثير وظهوره المتقطع من العوامل الخارجية التى تجذب الإنتباه .

و للإنتباه شقان أحدهما حسى حيث يتركز الوعى على المثير لإستقباله عن طريق الحواس، والشق الآخر معرفى يتركز على فهم المثير وإستيعابه وربطه بالخبرة السابقة وتخزينه فى الذاكرة .. ويعتبر التأمل أحد أشكال الإنتباه المركز فى إتجاه مثير معين مستبعدا المثيرات البيئية الأخرى، ويدعى من يزاولون التأمل أنه يؤدى إلى وضوح الفكر.. والمسئول عن وظيفة الإنتباه هى نفس الأجزاء من الجهاز العصبى المسئولة عن وظيفة الوعى أى الجهاز المنشط الشبكى وقشرة المخ حيث ينقى الجهاز المنشط الشبكى المعلومات (المثيرات) القادمة عبر الحواس الخمسة.. وعلاج إضطراب نقص الإنتباه لدى الأطفال بالمنشطات أدى إلى إفتراض أن الإنتباه يتم بواسطة الكاتيكول أمينات (الدوبامين والنورأدرينالين) والقشرة قبل الجبهية تشترك عن طريق المسارات الدوبامينيه.



٢- وظيفة الإدراك

يعرف الإدراك بأنه فهم المثيرات بناء على الخبرة، ومن فانه يشمل عمليتى إستقبال المثير وفهمه ويزود الإدراك المخ بالمعلومات والتغيرات الداخلية والخارجية ليؤدى وظائفه بكفاءة، ويعتمد الإدراك على الوعى والإنتباه ..

ويقسم الإدراك الى : -

١- **إدراك حسى** (Sensory perception)

٢- **إدراك يتعدى حدود الحواس** (Extra-sensory Perception)

أولا : الإدراك الحسى :

ويشمل الفهم لجميع المثيرات القادمة عبر الحواس وهى إحدى عشرة حاسة البصر- السمع - التذوق - الشم - اللمس (ويشمل التلامس وإحساس الضغط والدفء والبرودة والألم) والإحساس بالحركة وإحساس الوضع أو التوازن .

ويقسم الإدراك الحسى حسب الحاسة التى تستقبله الى :

١- **الإدراك البصرى** : أى فهم المثيرات المستقبلة بطريق البصر حيث تنقل الصورة من شبكية العين عبر العصب البصرى فالمسارات البصرية إلى مراكز الادراك البصرى فى الفص القفوى من قشرة المخ ، الذى يرتبط بدوره بالذاكرة البصرية فيعطى للمثير معناه طبقا للخبرة المختزنه فى الذاكرة .

٢- **الإدراك السمعى** : حيث يتم إستقبال المثير (الصوت) من الأذن عبر العصب السمعى والمسارات السمعية إلى مراكز السمع فى الفص الصدغى المرتبط بالذاكرة السمعية حيث يتم إعطاء معنى للمثير.

٣- **الإدراك التذوقى** : ويتم نقل المثير (المذاق) إلى الأعصاب الناقلة له وهى الوجهى (السابع) والبلعومى اللسانى (التاسع) والحائر (العاشر) حيث يجتمع

فى المهاد ثم ينتقل إلى القشرة الحسية فى الفص الجدارى للمخ ويتم فهم المذاق بالإشتراك مع الذاكرة الخاصة به .

٤- الإدراك الشمى : ويتم نقل المثير الشمى (الرائحه) إلى العصب الشمى إلى مركز الشم بقشرة المخ من الفص الصدغى فتفهم الرائحة وتعطى معنى بناء على الخبرة السابقة أى الذاكرة الشمية.

٥- الإدراك اللمسى : حيث تعطى الملموسات معنى بناء على خبرة سابقة .

ويمكن للشخص أن يستقبل أكثر من مثير فى نفس الوقت كالطعام وقت تناوله يكون مثيرا بصريا وشميا وتذوقيا ولمسيا .

وتتم عملية الإدراك الحسى بإستقبال المثير وتحوله بواسطة جهاز الحس المستقبل إلى تغيرات كهربائية (نبضات عصبية) تنقل عبر المسارات العصبية إلى المنطقة الخاصة بها من قشرة المخ، حيث تترجم هذه النبضات بمساعدة القشرة الترابطية والذاكرة الخاصة بالإحساس المدرك ولا يمكن أن يغفل دور التكوين الشبكى فى المخ، الذى يقوم بتنقية المثيرات القادمة إلى قشرة المخ والحفاظ على درجة اليقظة الموجهه للمثيير (الوعى والانتباه) واللازمة لإتمام الإدراك .. وهناك وقت بين ظهور المثير والتعرف عليه بواسطة الشخص المدرك يسمى وقت الإدراك، وهوالوقت المستغرق خلال إنتقال النبضة العصبية من جهاز الإستقبال إلى المراكز المناسبة فى المخ ، ولكن هناك وقت آخر أكثر أهمية وهوالوقت اللازم للتغلب على الحاجز الإنفعالى المحدد للإدراك الذى يعد حاجزا يحمى الشخص ضد الإثارة الصدمية التى قد تحدث نتيجة للإدراك .

الحرمان الحسى (Sensory Deprivation)

إذا تم وقف المثيرات الخارجية فإن الإدراك الحسى يتوقف ويسمى ذلك بالحرمان الحسى، الذى ينشأ عنه إضطراب الجهاز العصبى نظرا لنقص نشاط التكوين الشبكى (الذى يقوم بنتقية الجهاز العصبى من المثيرات الداخلية)،

فيختل الإدراك ويسيطر الخيال على إدراكات قشرة المخ ، وتلاحظ هذه لاضطربات الإدراكية الناشئة عن الحرمان الحسى فى السجون الإنفرادية والمعتقلات السياسية وسجون أسرى الحرب، كما تلاحظ فى مجال الطب بعض حالات الحرمان الحسى مثل فقد السمع أو البصر لدى بعض المسنين، أو الحرمان البصرى عقب العمليات الجراحية للعينين والذى يترتب عليه ظهور هلاوس (إدراك بدون مثير)، كرؤية أشياء ليست موجودة أوسماع أصوات ليس لها وجود حقيقى.

العوامل التى تؤثر فى عملية الادراك :

إن إدراك الإنسان للمثيرات من حوله محدود بإمكانيات أجهزة الحس لديه، فهولا يسمع كل الأصوات التى حوله حيث توجد طبقات عالية من الأصوات لا يمكن للإنسان أن يسمعها رغم أن الخفاش يسمعها، كما أن الكلاب تستطيع شم الروائح التى لايدركها الإنسان، وهذا تكيف خاص فى هذه الكائنات يشبه التكيف الذى يحدث لمكفوفى البصر فى حاستى اللمس والسمع، كتعويض عن حاسة البصر المفقودة .

وكما يتأثر إدراك الانسان بخبرته الماضية بالمثير فانه يتأثر بمشاعره الداخليه تجاه المثير فإدراكنا لشئ نفضله أيسر بكثير من شيئ آخر لا نفضله وحالة الشخص الإنفعالية تؤثر فى إدراكه للأشياء، فالشخص المسرور يرى الحياة مشرقة زاهية بينما يراها الحزين سوداء قاتمه، وتؤثر الحالة البيولوجية فى الإدراك فالجائع يدرك رائحة الطعام أسرع من غيره ويتأثر الإدراك بعملية الايحاء (Suggestion) خاصة للأشخاص القابلين للإيحاء، حيث يدركون ما يوحى به الآخرون لهم، فاذا أوحيت لشخص من هؤلاء بأنه سوف يشاهد عفريتا فى حجرة مظلمة فانه لايلبث أن يرى ذلك .. **والتنويم** (Hypnosis) ما هو إلا إيحاء يوجه للشخص المراد تنويمه لإيصاله إلي درجة من تناقص الوعى والخضوع لإرادة المنوم.

ثانيا : الإدراك المجاوز لحدود الحواس :

وهوأحد الظواهر الميتا سيكولوجية التى لا تخضع لقوانين الطبيعة والذين يؤمنون بالإدراك المتعدى لحدود الحواس يرون أن هناك تفسيرا لذلك قد يُكْشَف عنه يوما ما ، ولكن الملاحظ أن ما يسجل فى هذا المجال يرد بصورة عشوائية متجاهلا الطرق المنهجية، مما لا يمكن معه استبعاد عوامل الصدفة والاستنتاج العقلانى والادراك الحسى الحاد ، كما لا يمكن استبعاد الغش والتزييف فى رصد هذه الظواهر .

٤- وظيفة الذاكرة

وهى تسجيل الأحداث وإستدعائها عند اللزوم وتتكون من ثلاث مراحل هى الإنطباع (التسجيل) والتخزين، والإستدعاء فعندما تقابل شخصا يخبرك بإسمه يتم إدراك المعلومة التى ينقلها صوته وتسجل فى ذاكرتك، وهذه هى مرحلة التسجيل التى يتحول فيها الصوت الى شفرة تسجل بمركز الذاكرة فى المخ، وتمضى فترة إلى أن تقابل نفس الشخص ثانية وهذه مرحلة تخزين المعلومة وعند مقابلتك له ثانية فانك تستحضر إسمه فى ذهنك وتناديه به وهذا هو إستدعاء المعلومة .

وللذاكرة أنواع : تقسم حسب عمق الإنطباع ومدة التخزين فالإنطباع الأولى عن المعلومة دون إدراكها تماما هوما يسمى **بالذاكرة الحسية** (Sensory memory)، ومدة إختزانها تقل عن ثانية واحدة، وذلك ما لم يتم نقلها فورا إلى نوع آخر هو **الذاكرة قصيرة الأمد** (Short-term Memory) بتركيز الإنتباه أكثر على المعلومة وإدراكها ، فتتحول المثيرات إلى معانى يمكن حفظها لمدة تقل عن دقيقة (عدة ثوان) ، أما إذا حدث إدراك أكثر للمعلومة وفهم أكثر بناءا على الخبرة السابقة فانها تنقل إلى مخزن الذاكرة طويلة الأمد (Long-term Memory)، ونحن نلاحظ أن هناك كم هائل من المعلومات يدخل إلى حواسنا (عن طريق

العين والأذن والأنف والتذوق والجلد) وكلها معلومات خام لا يتم إدراكها كلها إدراكا كاملا، وعدم الإنتباه إلى أى معلومة منها يجعلها لا تتجاوز مدى الذاكرة الحسية فتتلاشى فى أقل من ثانية، بينما الإنتباه الجزئى يعطى فهما جزئيا ينقلها إلى مخزن الذاكرة قصيرة الأمد حيث تخزن لعدة ساعات أو أيام، بينما الإنتباه الكامل والإدراك الكامل والربط بالخبرة السابقة وما يصاحب ذلك من تجريدات ينقل المعلومة للذاكرة طويلة الأمد فتخزن فى الذاكرة للأبد.

وتشير الدراسات الى أن مناطق الذاكرة فى المخ هى الفص الصدغى من قشرة المخ والأجسام الحلمية فى المهيد والجهاز الطرفى، إلا أن تخزين المعلومة يتم فى المنطقة التى ترد إليها فالصورة تدرك بالقشرة البصرية من المخ تخزن بها، وكذلك الصوت يتم إدراكه بالقشرة السمعية ويخزن بها وهكذا، أما الذاكرة المركبة (من بصرية وسمعية وشمية وتذوقية ولمسية معا) فتخزن مكوناتها كل فى مكانه من المنطقة الواردة إليها، وعند إستدعائها يلعب الإرتباط بين مناطق قشرة المخ المختلفة دورا فى الإستعادة المتكاملة .

ولوحظ أن للأحماض النووية دورا فى عملية التذكر خاصة حمض (ر.ن.أ-الرنا)(RNA)، حيث يوجد حمضان نوويان فى الخلية أحدهما(د.ن.أ -الدنا)(DNA)، وهوموجود فى نواة الخلية ويحمل الجينات الوراثية ولا يترك النواة إطلاقا، بينما الحمض النووى الآخر وهو (ر.ن.أ -الرنا) يتحرك إلى خارج النواة إلى الستوبلازم حيث يتحكم فى نشاط الخلية وله دور فى وظيفة الذاكرة، ولقد دعمت هذه الملاحظة بثلاثة أنواع من الدراسات :-

١- دراسات أجريت على حيوانات تم تعليمها إستجابات معينة ثم حقنها بمادة تثبيط حمض ر.ن.أ، فلوحظ فقد هذه الحيوانات لتلك الاستجابة بعد عملية الحقن.

٢- لوحظ زيادة هذا الحمض فى خلايا معينة بعد إكتساب خبرة معينة خاصة بهذه الخلايا (مثل خلايا الإتزان بعد عملية تعليم فأر المشى على سلك

للوصول إلى غذاء) لوحظ زيادة نسبة الحامض (الرنا) بها .

٣- نقل حامض الرنا من حيوان لآخر أدى إلى نقل نفس الإستجابات إلى الحيوان المنقوله له، فأصبح يستجيب إستجابات لم يسبق له أن تعلمها، وعندما تم حقن هذا الحيوان بالمادة المثبطة لحامض الرنا فقدت هذه الإستجابات .

وهناك عوامل تؤثر فى الذاكرة أهمها :-

١- الإنتباه : كما سبق أن أشرنا للإنتباه دور هام فى نقل المعلومة من الذاكرة الحسية إلى الذاكرة قصيرة الأمد، وزيادة الإنتباه للمعلومة يؤدى إلى إدراكها أكثر وربطها بالخبرة السابقة وهذا ينقل المعلومة إلى الذاكرة طويلة الأمد .. كما أن الإنتباه ضرورى لعملية الإستدعاء من مخزن الذاكرة .

٢- الإدراك الواضح للمعلومة وربطها وتصنيفها طبقا للخبرة السابقة .

٣- نوع الإنفعال المصاحب للمعلومة فالفرد ينسى الخبرات المؤلمة بينما يتذكر الخبرات السارة ، كما أن القلق وقت إستدعاء المعلومة قد يعوق تذكرها.

٤- الربط والتصنيف والتجريد للمعلومة طبقا للخبرة السابقة يحفظها لمدى أطول، ويسهل إستدعائها.

ومرعاة هذه العوامل يحسن من عملية تسجيل المعلومات واستدعائها.

ويلاحظ أن المعلومة بعد أن تسجل وتدخل إلى الذاكرة طويلة الأمد قد تنسى بعد فترة من الزمن، **ويفسر هذا النوع من النسيان بواحدة من النظريات الثلاثة الآتية :**

١- **نظرية التآكل (أوالضمور)** : وتفترض أن المعلومة تضمر إذا لم نستعملها بصفة مستمرة كالعضلة التى تضمر بسبب عدم إستعمالها، ولكن يناقض هذه النظرية قدرة الأعمى على تذكر ما رآة قبل العمى.

٢ -**نظرية التداخل**: ويحدث التداخل إما بطريقة الكف الراجع (Retrospective

inhibition) حيث تتداخل معلومة جديدة لتعوق إستدعاء معلومة قديمة، أوبطريقة الكف اللاحق (Prospective inhibition) حيث تتداخل معلومة قديمة فى تسجيل معلومة جديدة .

٣- **نظرية الكبت :** وتفسر طبقا لنظرية التحليل النفسى فالكبت أحد الحيل الدفاعية التى بها يتخلص الشخص من الخبرات غيرالمرغوبة بدفعها إلى دائرة اللاشعور، ونحن نلاحظ أن ما يسرنا نحب أن نتذكره فى عملية تشبه الإجترار لدرجة يتم معها تثبيته وتدعيمه فى الذاكرة، بينما ما يسيئنا لا يحدث له هذا الاجترارلذا يعتريه الضمور، وهذا ينطبق على مكفوف البصر الذى يجتر ماسبق أن رآه فى صورة تخيلات تجعله يذكر هذه الأشياء رغم مرور وقت عليها دون رؤيته ..كما أن المكافأة تسبب سرورا يجعل الإنسان يرغب فى تكرار الخبرة لتكرار اللذة الناجمة عنها فيكرر الموقف اجترار أو واقعا بما يساعد على تدعيمه.

٥- وظيفة الوجدان

وهى وظيفة تصف الحالة الداخلية للفرد التى نطلق عليها الشعور[١]وما يصاحبها من تغيرات فسيولوجيه داخلية والتى تسمى بالانفعال[٢]،ولذا فالوجدان يتكون من شقين أحدهما خارجى(٣) يلاحظة الآخرون المحيطون بالشخص، بينما الشق الآخر داخلى لا يمكن ملاحظته ولكنه خبرة ذاتية، أما الحالة الوجدانية (Mood) فتصف الإنفعال الذى يبقى لفترة ويلون أفكار الشخص وسلوكه تجاه العالم من حوله، وهى حاله مؤقته إذا قورنت بمزاج الشخص المميز(Temperament) الذى يعتبر التهيئة الانفعالية المتأصلة لدى الشخص،

(١) الشعور (Feeling): هو الخبرة الذاتية التى يدركها الفرد كحالة داخلية مثل السرور والحزن .

(٢) الإنفعال (Emotion): حالة الحيوية الى تنشأ من التغيرات الفسيولوجية الحادثة كأستجابة لشعور ما وتميل للمحافظة عليه أو إلغائه .

(٣) الوجدان (Affect): وهو الإنفعال الذى يمكن ملاحظته كتعبير لشعور داخلى .

فتجعله يتفاعل بطريقة معينه مع المثيرات والمواقف ويتحدد مبكرا فى حياة الفرد، ويمكننا أن نشبه الحالة الوجدانية بالطقس الذى يصف تغيرا مؤقتا فى حالة الجو بينما نشبه المزاج بالمناخ الذى يصف حالة شبه دائمة من الحرارة والبرودة.

ومراكز الوجدان فى الدماغ هى الجهاز الطرفى (الإنفعالى) وقشرة المخ حيث يستقبل المثير عبر الحواس وتمر المعلومات الخاصة به إلى قشرة المخ المناظرة (حسب نوع المثير بصرى أو سمعى ... الخ)، فيتم إدراكه ويؤدى الإرتباط بين مناطق قشرة المخ المختلفة إلى بعث كل الذكريات المرتبطة بالمثير، كما ترسل فى نفس الوقت إشارات إلى الجهاز الإنفعالى لإحداث الحالة الإنفعالية المناسبة، ويلعب المهيد كأحد أجزاء الجهاز الانفعالى والمتحكم فى نشاط الجهاز العصبى المستقل (سمبتاوى ونظيره) دورا هاما فى الإنفعال، فينشط الجهاز السمبتاوى إذا كان المثير يتطلب إعلان حالة الطوارئ فى الجسم والإستعداد للقتال أو الهرب، وينشط نظير السمبتاوى إذا كان المثير باعثا على الطمأنينة والإسترخاء فى نفس الوقت الذى يرسل فيه الجهاز الإنفعالى اشارات لقشرة المخ لإحاطتها بمعلومات عن الإنفعال الموجود.

ونلاحظ أن الإنفعال يتشابه فى حالات الخوف والخجل والغضب رغم إختلاف الشعور الداخلى فى كل منها وذلك لأن ردود أفعال الجهاز العصبى متشابهه، ومن ثم فإن المحدد لنوع الإنفعال هوالشعور أو التفسير الذاتى له.

يتأثر الإنفعال بحالة الوعى والإنتباه والإدراك والخبرة السابقة بالمثير (الذاكرة) وللإنفعال فوائد أهمها: أنه يعد الفرد لمواجهه المثير (بالإستعداد للقتال أو الهرب)، ويعطى التعبير الإنفعالى ترابطا بين الأشخاص وفهما إجتماعيا متبادلا عن طريق المشاركة الوجدانية، كما أنه يولد شحنه داخلية تعتبر الوجود الداخلى للرغبات والدوافع الذى ينشأ منها التفكير والسلوك الموجه نحو الأهداف.

٦- وظيفة التفكير

يطلق التفكير على عملية التخيل العقلى الداخلى للأفكار دون النطق بها، ويعتمد التفكير على المفاهيم التى تتكون بدءا من الطفولة عندما يتعلم الطفل خصائص وأسماء الأشياء والأحداث ويختزنها فى ذاكرته كى يستخدمها فى عملية التفكير الموجه (لحل مشكلة ما) أوغير الموجه .

ويعتمد التفكير على تكوين المفاهيم وفهم المعانى وإدراك العلاقات بين الأشياء التى تكتسب من خلال عملية التعلم السابق المتمثلة فى الإدراك والذاكرة والوجدان الذى تشكل من خلال عمليات التعلم السابقة، كما يعتمد على الوعى والإنتباه فلا يمكن لشخص أن يفكر تفكيرا موجها هادفا دون وعى وإنتباه، رغم أن الصورة العقلية قد تحدث دون وعى وإنتباه فى حالات التفكير غير الهادف، كما يحدث فى الأحلام التى تحدث أثناء النوم ودون إنتباه كما فى أحلام اليقظة .. ولا يمكن ملاحظة التفكير سواء كان هادفا أو غير هادف مالم يصدر سلوك يعبر عنه لغويا كان أوحركيا .. ومن ثم فإن عملية التفكير تعتمد على سلامة مراكز الوعى والانتباه، المتمثلة فى الجهاز المنشط الشبكى وإرتباطه بقشرة المخ ومراكز الإدراك والذاكرة والإرتباط بين مناطق قشرة المخ المختلفة.

ويتطور التفكير عبر مراحل النمو العقلى من الطفولة إلى الرشد حسب إكتساب المفاهيم والقدرة على تصورها وإستخدام الرموز وتجريد المعانى حيث يعتبر التفكير التجريدى أعلى درجات التفكير ..

ونلاحظ أنه عندما يواجه الفرد بمشكله ويوجه تفكيره لحلها فإنه عادة يمر بالخطوات الآتية :

١- **التعرف على المشكلة :** حيث يكتشف ويبدأ فى الاتجاه للتفكير فيها.

٢- **تحديد المشكلة :** ومعرفة أبعادها وظروفها وملابستها والعوامل المؤثرة فيها.

٣- تقديم الافتراضات : لحل المشكلة.

٤- اختبار الافتراضات : وإختيار أنسبها كحل للمشكلة .

وفى مواجهه المشكلة قد يكون الشخص تقليديا يتبع الأساليب والطرق التى إعتادها فى خبرته التعليمية السابقة وهذا قد يعوق الشخص ويمنعه من الإتيان بالجديد فيتجمد إزاء المشكلة التى تتطلب حلا غير تقليديا، وقد يفكر الشخص بطريقة تباعدية (Divergent thinking) فيصل إلى أكثر من حل غير تقليدى للمشكلة وهذا يعد شخص مبتكر وقادر على الإتيان بالجديد من الأفكار، ولا شك أن هذا النوع من التفكير (عندما يصاحب الذكاء المرتفع) يفرخ المبدعون والمخترعون وهؤلاء قد يُوصَفُون من قبل مجتمعاتهم بالجنون لعدم قدرة المجتمع على قبول الجديد من أنماط التفكير .

٧-وظيفة الحركة

وهى ما يتم من انقباض العضلات سواء أحدث ذلك تغيرا فى عضومن الجسم فقط أو أحدثت تغييرا فى البيئة الخارجية، وللحركة مستويات فإذا كانت مجرد حركة عضلات ومفاصل فإنها تعد حركة بدائية بسيطة مثل حركة إصبع اليد دون هدف، أما إذا اتجهت الحركة إلى هدف وأحدث تغييرا فى البيئة الخارجية فهذا هوالفعل مثل حركة الإصبع على مفتاح الآلة الكاتبة لكتابة حرف.

وتتم الحركة عن طريق الجهاز الحركى المكون من العضلات والمحكوم بواسطة الجهاز العصبى وتكون العضلات حوالى (٧٠٪) من وزن الجسم فى الإنسان وتزيد هذه النسبة لدى الذكور قليلا **والعضلات على أنواع ثلاثة :**

١- عضلات مخططة : وسميت كذلك لبروز خطوطها تحت المجهر وهى عبارة عن حزم منتظمة من الألياف العضلية وتكون أغلب العضلات الإرادية فى الجسم وكلها متصلة بالهيكل العظمى، وإن كان القليل منها غير متصل بالعظام مباشرة مثل بعض عضلات الوجه، وأغلب حركات العضلات المخططة محكوم

إراديا مثل حركة الكتابة باليد، ولكن أحيانا تكون حركتها لا إرادية مثل رعشة اليدين والحركات المنعكسة المحكومة بمستوى النخاع الشوكى، مثل سحب اليد عند اللسع بالنار أو الوخز بالدبوس .

٢- **العضلات الملساء** : وهى أقل توازيا فى ترتيب أليافها العضلية، وتعمل فى الأنشطة اللاإرادية مثل الهضم، كما توجد فى الأماكن التى تتطلب إنقباضا لفترات طويلة مثل العضلة المكونه لفتحة المثانة البولية، وإثارة العصب المحرك للعضلات الملساء ينتج إنقباضا أكثر بطئا من العضلات المخططة وعند وقف الإثارة ترخى العضلات ببطئ أيضا .

٣- **عضلة القلب** : وهى عضلة وسط بين المخططة والملساء وتوجد فى عضلة القلب، فقط وتنقبض إيقاعيا حتى بدون إثارة عصبية وتنتشر النبضات من المنطقة التى يحدث فيها تغير تلقائى فى إستقطاب الخلايا يتولد عنه نشاط ضربات القلب وهذه المنطقة تبدأ ضربات القلب حتى بدون سيطرة الجهاز العصبى.

كيف تنقبض العضلات ؟

هناك أجزاء انقباضية فى العضلة من البروتين إحداهما تسمى الأكتين (Actin)والأخرى تسمى الميوسين (Myosin) تنزلق على بعضها البعض حيث يدخل أيون الكالسيوم الليفة العضلية ويسبب رؤوسا جزئية على خيوط الميوسين التى تعشق مع خيوط الأكتين وتنثنى معا مقصرة طول العضلة .

وتعد وظيفة الحركة طريقة للتعبير والتواصل بين البشر، فالإيماء بالرأس علامة على الموافقة والتلويح باليد علامة على الوداع، وهكذا فإن حركات الجسم او أجزائه قد تعطى معان يفهمها المستقبل لها، وهذا ما يسمى بالتواصل غير اللفظى.

٨- وظيفة الكلام

هوطريق التعبير اللفظى سواء بالنطق أو الكتابة ويعد أكثر رقيا فى التعبير من الحركة، والكلام وظيفة مكتسبة لها أساس حركى وآخر حسى، والتوافق بينهما يخرج الكلام سويا .

والأساس الحركى للكلام يتكون من الحنجرة والبلعوم والفم واللسان واليد وما يتحكم فيها من مراكز عليا وهى منطقة التلفيف الجبهى الثالث، التى تقع عند إلتقاء الفص الصدغى بالفص الخلفى من قشرة المخ فى نصيف كرة المخ السائد وتسمى منطقة بروكا [١] (Broca's area) وقشرة المخ الحركية، وليست هذه المراكز هى المسئولة فقط عن سلامة وظيفة الكلام ولكن يلزم توافق بين الفصوص الأربعة لقشرة المخ، بالإضافة إلى سلامة الإرتباط بين نصفى كرة المخ .

أما الأساس الحسى فيتكون من المناطق الحسية فى قشرة المخ والمرتبطة بالفهم والإدراك وإختزان المعلومات ويأتى الكلام كناتج لعملية التفكير مستخدما الألفاظ التى ترمز لمفاهيم تم إدراكها واختزانها فى الذاكرة .

ولقد نتج عن وظيفة الكلام تكون لغات البشر المختلفة، واللغة عبارة عن مفردات (كلمات) تتكون كل منها من أصوات أساسية أوما تسمى بالوحدات الصوتية، وتتركب هذه الكلمات معا إلى جمل عبرعملية القواعد التى هى فى تركيب الجملة .

وكما أن اللغة نتاج وإنعكاس للتفكير فان للغة دور هام فى عملية التفكير، فالمعانى أو المفاهيم التى يكتسبها الإنسان لا بد وأن ترمز إليها برموز تمكنه من إستخدامها فى التفكير والتعبير عنها، والرموز هى الكلمات أوالاعداد أو العلامات وتصبح هذه الرموز بمثابة القوالب التى تصب فيها المعانى حتى يمكن الإحتفاظ بها، ثم الإفادة منها فالمعانى تظل حائرة فى الذهن حتى تستقر

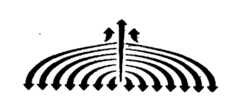
---

(١) تقع هذه المنطقة فى نصيف كرة المخ السائد ، وسميت (بروكا) نسبة الى الجراح الذى اكتشفها فى مريض كانت علته فقد التعبر الحركى الكلامى (حبسة حركة) .

فى رموز مناسبة فتثبت وتتبلوز ويسهل تذكرها وإستخدامها فى التفكير .. فبدون اللغة يستحيل علينا الإحتفاظ بالمعاني أو توصيل هذه المعانى للآخرين.

ثانيا : الوظائف النفسية المركبة

وهى الوظائف التى تتألف من أكثر من وظيفة بسيطة فمثلا الإهتداء عبارة عن إدراك وذاكرة (مثل إدراك الشخص والتعرف من خلال ما هومختزن بالذاكرة من معلومات عن هذا الشخص) ويشترط لذلك قيام وظيفتى الوعى والإنتباه بدروهما، كذلك وظيفة التعلم عبارة عن إنتباه للمعلومة يسبقه وعى ويتبعه إدراك للمعلومة وفهم لها ثم تسجيلها واحتزانها فى الذاكرة .. أما وظيفة الذكاء فتعد محصلة لعدد كبير من الوظائف النفسية وهى الإدراك الذى يلزم له وعى وإنتباه ثم ذاكرة وتفكير وحركة وكلام .. من هذا نرى أن الوظائف النفسية البسيطة تتألف معا لتكون وظائف نفسية أكثر تعقيدا هى الوظائف النفسية المركبة .



الفصل السادس

الشخصية
(Personality)

بعد أن عرضنا لعلاقة النفس والبدن لوظائف النفس فسوف نعرض للشخصية كمحصلة للنفس والجسد ومن هذا المنطلق يمكننا أن نعرفها بأنها النمط العام الناتج كسلوك يميز الشخص من حيث صفاته (بما فيها الجسمانية) وعاداته وأفكاره وإهتماماته وفلسفته فى الحياة .

ولقد كانت الشخصية من الموضوعات ذات الجذب للعديد من الباحثين على إختلاف فلسفتهم وإتجاهاتهم وأستخدموا فى ذلك المقابلات (مقننة وغير مقننة) والملاحظات المضبوطة والتجارب والأختبارات، وخلص كل منهم إلى نظرية لفهم الشخصية وفى السطور التالية سوف نورد بإيجاز هذه النظريات :-

١- النظريات البيولوجية :

أ - الوصفية للبناء الجسمانى (نظرية النمط لوليم شلدون) [١]:-

الذى خلص الى أن نمط البناء الجسمانى يرتبط بنمط معين من الشخصية، حيث أن الخصائص الجسمية الوراثية تحدد الأنشطة التى يميل الشخص لممارستها وتشكل توقعات الآخرين منه فيلعب غالبا الدور الذى يتوقعه الاخرون .. وقسم الأبنية الجسمانية الى ثلاث أنماط :

(١) النمط المكتنز(البدين) (Pyknic): وهوالذى يكثر فى تكوينه النسيج الداخلى الحشوى [٢] ويطلق عليه الاندومورفى(Endomorphic) ويكون

---

(١) وليم شلدون (W. Sheldon) (١٨٩٨-١٩٧٧م)
عالم وطبيب أمريكى عرف ببحثه فى محاولة الربط بين الأنماط الشخصية والأنماط الجسمية، ولقد تأثر بـ(كرتشمر) الذى اشتهر بدراساته البارزة عن العلاقة بين الاضطراب العقلى والبناء الجسمانى
(٢) ترتب الأنسجة الى داخلى وأوسط وخارجى طبقا لوجودها كشرائح ثلاثة أولية فى تكوين الجنين ومنها تتكون كل أجهزة الجنين .

شخصية دوارية تتأرجح بين السعادة والحزن، إجتماعى مرح شره فى الطعام .

(٢) **النمط الرياضى** (Atheletic) : الذى يكثر فى تكوينه النسيج الأوسط (الضام) ويطلق عليه الميزومورفى (Mesomorphic) ، ويكون ذوشخصية متعالية عدوانية ونشيط شجاع ومتسلط .

(٣) النمط النحيل(Athenic) : الذى يكثر فى تكوينه النسيج الخارجى (الجلد والجهاز العصبى) ويطلق عليه الإكتومورفى (Ectomorphic) ويكون ذو شخصية خجولة معزولة مكبوته .

ولكن الدراسات الحديثة لاحظت أن العلاقة بين البنيان الجسمانى وسمات الشخصية علاقة ضعيفة .

ب - أيزنك (Eysenk) **الفسيولوجية :** الذى يرى أن هناك نمطان أساسيان للشخصية أحدهماالإنبساطى (Extrovert) والآخر إنطوائى (Introvert)، وأن الإنبساط له أساس من النشاط الفسيولوجى حيث تتكون دائرة عصبية تربط الجهاز المنشط الشبكى الصاعد مع قشرة المخ والحبل الشوكى، ويتميز الإنبساطيون بمستوى أدنى من نشاط قشرة المخ والجهاز المنشط الشبكى الصاعد الذى يزداد فى الإنطوائيين .

بينما يرى أن الميول العصابية (Neuroticism) لدى الشخصية تبنى أساسا على حلقة تشمل الجهاز المنشط الشبكى الصاعد والجهاز الطرفى ويرتفع مستوى العصابية إارتفاعإاستثارة الجهاز الطرفى (Limbic System) .

ولقد وصف (أيزنك) نمطى الإنبساطية والإنطوائية طبقا لسمات عامة تصف السلوك لدى الاشخاص فالإنبساطى شخص منطلق، كثير الحركة والكلام

يميل للإستعراض وحب الظهور فى المحافل العامة سريع فى تكوين الصداقات قليل التأمل والتفكير،أما الإنطوائى فهو على النقيض يميل للعزلة والتفكير الكثير قليل النشاط الجسمانى غير محب للظهور فى المحافل العامة يكون أصدقاء بصعوبة ولكنها تكون صداقات على مستوى عميق .

٢- النظريات الإنسانية (Humanistic)

ومن رواد المدرسة الإنسانية (إبراهام ماسلو) (A.Maslow)[(١)] وكارل روجرز) (Carl Rogers)[(٢)] اللذان أشارا إلى أن الدافعية يمكن فهمها فى إطار تدرج الحاجات فعند المستوى الأدنى تكون غرائز الإنسان وحاجاته فى المحافظة على رخائه الجسمانى(Basic Needs)، وبمجرد أن يتم إشباع هذه الحاجات تتجه الدافعية لإشباع الحاجات النفسية والإجتماعية (Meta Needs) مثل الإحترام وعند المستوى الأعلى يسعى الشخص لتحقيق ذاته (Self-Actualization) وإكتساب قمة الخبرة.

٣- النظريات الدينامية النفسية :

وهى تؤكد على أهمية الدوافع والإنفعالات والقوى الداخلية وتفترض أن الشخصية تنمومن خلال حل الصراعات النفسية، ويعد فرويد (S.Freud) هو رائد هذه المدرسة، بالإضافة إلى تلاميذه النوابغ الذين كان لكل منهم إضافة فى رؤيته للشخصية، وسوف نعرض لنظرية (فرويد) بإختصار ثم نتبعها بعرض سريع لإسهامات تلاميذه .

---

(١) يعتبر (ماسلو) (١٩٠٨-١٩٧٠) أحد رواد المدرسة الإنسانية حيث تركزت دراساته عن الحاجات الإنسانة وتحقيق الذات .

(٢) ولد (روجرز) عام (١٩٠٢) ودرس الفيزياء والبيولوجيا ثم علم النفس الإكلينيكى وعمل فى توجيه الأطفال والمراهقين على الطريقة الفرويدية، ثم عمل بالجامعة أستاذاً لعلم النفس وألف كتابا عن الإرشاد والعلاج النفسى .

أ - نظرية فرويد لفهم الشخصية :

يشير (فرويد) إلى أن السلوك له دافع داخلى من قوى لا شعورية تكونت عبر تاريخ الشخص وحياته، خاصة علاقته بوالديه وأن ما يفعله الشخص وما يفكر فيه أو يشعر به ينتج عن تفاعل دينامى بين منظمات نفسية ثلاثة هى : (الهو)(Id) الأنا(Ego) والأنا الأعلى(Super Ego)، وأن أى إختلاف فى توازن أى من هذه الانظمة الثلاثة يؤدى إلى إختلال فى تفاعل الأخران معه ونشاطهما ليضادوه ويكون الصراع الداخلى .

ويرى (فرويد)أن وعى الإنسان بالأفكار والذكريات والمشاعر يقع على مستويات ثلاثة أحدها الشعور الوعى(Conscious) حيث يكون الجزء القليل من خبرات الإنسان، وثانيها ما قبل الشعور(Preconscious) وهوالمستوى الذى تكون فيه الخبرات مدفونه تحت الوعى ويمكن أن تستدعى بسهولة، وثالثهما اللاشعور(Unconscious) وهوالمستوى الذى يضم أغلب الخبرات وتصل إلى مستوى عميق لا يمكن تذكره، ولكن يمكن أن يظهر فى زلات اللسان والأحلام وخلال التداعى الحر (الذى يذكر الانسان فيه ما يخطر على باله دون قصد أوتوجيه) .

كما أشار إلى أن الشخصية تتكون من الخبرات التى يمر بها الطفل خلال مراحل متعاقبة من النمو النفسى الجنسى، وأن هناك طاقة ليبيدية تتركز فى منطقة معينة من الجسم وفقا لمرحلة النمو، **فالفم** هو محور اللذة الليبيدية خلال السنة الأولى ونصف الثانية عن طريق المص والأكل والعض ووضع الأشياء فى الفم، والإشباع الزائد أوالحرمان الشديد سوف يثبت كمية أكبر من الليبيدو فى هذه المرحلة، بما يجعل الشخص عرضه للنكوص(Regression) فى الحياة إلى سمات هذه المرحلة، من الإعتمادية والشره والميول الفمية (التى تشبه مص الثدى) من التدخين ومضغ اللبان والثرثرة، **والشرج** وهومحور اللذة الليبيدية خلال النصف الثانى من السنة الثانية والسنة الثالثة، حيث تنموالعضلات

العاصرة لفتحة الشرج وتكون اللذة من القبض على محتويات الشرج أو إخراجها كما تكون محورا للصراع مع الأم فى تدريبه على استخدام التواليت (Toilet Training) والإفراط وقسوة التدريب كالتفريط فيه يسبب تثبيتا ليبيديا فيهذه المرحلة، يجعل الطفل عرضة فى الحياة البالغة للنكوص الى سمات مشابهه لهذه المرحلة من العداء والبخل والعناد، والقضيب هومصدر اللذة الليبيدية من الثالثة إلى السادسة من العمر، والطفل يدرك الإختلاف بين الذكر والانثى وينجذب نحو أبيه من الجنس المقابل، فالولد يحب أمه ويعانى صراعا بين حبه لأبيه (المبنى على تقمصه لأبيه) وكراهيته له (بسبب إمتيازات والده التى لا يحظى بها)، وهذا ه والصراع الأوديبى الذى ينشأ عنه قلق الخصاء (Castration anxiety) وهذا القلق يدفعه إلى التخلى عن رغبته فى تملك الأم بكبتها والتوحد بالأب، هذا فى حالة عقدة أوديب الموجبة ،أما إذا كانت الأم هى التى يعتبرها الولد غريمه فى حبه لأبيه ، فإن هذه الحالة يطلق عليها إسم عقدة أوديب السالبة، والعكس يحدث فى حالة البنت، ويسمى تعلقها بأبيها عقدةأالكترا(Alectra complex)، ثم **تكمن** النزعات الليبيدية ولا تحدث صراعات فى هذه المرحلة من السادسة إلى البلوغ، وفى **البلوغ** تستيقظ الرغبة الجنسية وترتبط بالجهاز التناسلى وتكون العلاقة الجنسية الناضجة من خلال العلاقة بالجنس الآخر .. وهذه هى مراحل النمو النفسى الجنسى الخمس فى نظرية فرويد (لفمية والشرجية والقضيبية والكمون والتناسلية) .

والشخصية التى تتأثر بالقوى اللاشعورية وتمر بمراحل النمو النفسى الجنسى السابقة عبر نموها تتكون من تنظيمات ثلاثة : الهو والأنا والأنا الأعلى، حيث يعتبر الهو المنظمة الأساسية، وهوالذى يتمايز منه الأنا والأنا الأعلى، ويتكون الهو من كل ما هوفطرى موروث وموجود منذ الولادة بما فى ذلك الغرائز، فهو مستودع الطاقة النفسية، حيث أنه يزود العمليات التى يقوم بها الأنا والأنا الأعلى بالطاقة، كما أنه وثيق الصلة بالعمليات الجسمية التى يَسْتَمِدُّ منها طاقاته ويعتبره فرويد (الواقع النفسى الحقيقى)، لأنه يمثل الخبرة الذاتية للعالم

الداخلى ولا تتوافر له أية معرفة بالواقع الموضوعى، ويهدف الهو إلى تجنب الألم وتحقيق اللذة عن طريق الفعل المنعكس والعمليات الأولية التى تحاول تفريغ التوتر، بتكوين صورة لموضوع يزيل التوتر مثل الطعام لشخص جائع وهى عملية تحقيق رغبة فى الخيال، ولكن هذه العمليات الأولية لا تحقق الإشباع ولا تخفض التوتر فالشخص الجائع لا يمكنه أن يأكل ما يتخيله من الطعام ولذلك تظهر عمليات نفسية ثانوية عن طريق المنظمة الثانية وهى الأنا.

أما الأنا فينشأ للتعامل مع الواقع الخارجى وعليه تقع مسئولية فهم الواقع الخارجى والتصرف على أساسه وفق العمليات الثانوية (أى التفكير الواقعى)، فالأنا عن طريق العمليات الثانوية يكون خطة لإشباع الحاجة ثم يختبر هذه الخطة هل هى صالحة أم لا؟ وهذا يسمى إختبار الواقع وهويستخدم جميع الوظائف النفسية لأداء دوره بكفاءة .. من هذا نلاحظ أن الأنا هوالجزء المسيطر على سلوك الشخصية، حيث يختار من البيئة الجوانب التى يستجيب لها ويقرر الغرائز التى سوف تشبع والكيفية التى يتم بها ذلك الإشباع، وعلى الأنا عند قيامه بهذه الوظيفة التنظيمية أن يعمل على تكامل مطالب كثيرا ما تتصارع فيما بينها، وهى مطالب (الهو) والأنا الأعلى (والعالم الخارجى) وهذا الدور للأنا يجعله عرضة للصراعات بين المطالب السابقة فيلجأ إلى حيل دفاعية (Defensive mechanisms) لتخفيف حدة الصراع .. **ويمكن ان نلخص وظائف الأنا فيما يلى :**

(١) التكيف مع البيئة المحيطة وعمل علاقات مع الآخرين .

(٢) ضبط وتنظيم الغرائز والتعبير عنها بطريقة مقبولة اجتماعيا.

(٣) اختبار الواقع والتصرف على أساسه.

(٤) القيام بالعمليات الثانوية وما ينشأ عنها من تخليق وابتكار.

(٥) القيام بالوظائف النفسية (البسيطة والمركبة) .

(٦) القيام بحيل دفاعية إزاء الصعوبات والصراعات التى تنشأ عن الخارج أو الداخل كى يحافظ على حالة التوازن النفسى، ومن ثم فالحيل الدفاعية هى الحيل التى يلجأ إليها الأنا عند مواجهه صراع لخفض التوتر والوصول إلى توازن نفسى وجميعها تتم لا شعوريا . . **وأهم هذه الحيل الدفاعية هى:**

- **الكبت** (Repression) : وهى حيلة تتم بواسطتها دفع المواقف أو الأفكار غير المقبولة إلى دائرة اللاشعور وبعيدا عن الشعور .
- **النكوص** (Regression) : وهى حيلة بواسطتها يرتد الشخص إلى مراحل سابقة من النمو حيث ينكص الشخص إلى تصرفات بدائية لا تناسب سنه الحالية، وتلاحظ هذه الحيلة فى أمراض نفسية كثيرة أهمها الفصام والتبول الوظيفى والتهتهة .
- **التبرير** (Rationalization) : حيلة دفاعية بواسطتها يتم قبول (تبرير) السلوك أو الدوافع أو المشاعر غير المقبولة بخلق أسباب لتفسيرها .
- **التكوين العكسى** (Reaction Formation) : وهى حيلة دفاعية يسيطر بها الشخص على دافع أ وشعور غير مقبول بتكوين عكسه فالكراهية الشديدة تظهر فى شكل حب مبالغ فيه .
- **الاسقاط** (Projection) : وهى حيلة لا شعورية ينسب بها الشخص أفكاره ومعتقداته ومشاعره ونزعاته اللاشعورية الخاصة به وغير المقبولة إلى الآخرين وهى حيلة لحماية الشخص من القلق الذى ينشأ من الصراع الداخلى.
- **النقل التحويل** (Displacement) : حيلة دفاعية يعيد بها الشخص توجيه إنفعالاته المحبوسة تجاه شخص أوموقف خلاف الأفكار والأشخاص والمواقف الأصلية سبب الأنفعال .
- **الانشقاق** (Dissociation) : حيلة تتضمن عزل مجموعة من العمليات

(الوظائف) النفسية عن باقى الوظائف النفسية وتعمل مستقلة أو بصورة (آلية ،مثل فقدان الذاكرة اوتعدد الشخصية اوالمشى أثناء النوم).

- **الانكار**(Denial) : إبعاد الأشياء التى قد تسبب قلق عن دائرة الوعى بها وإنكارها، ويختلف الكبت عن الإنكار فى أن الكبت يحدث عندما يحاول الدافع الغريزى أن يكون شعوريا وأن يعبر عن نفسه فى صورة سلوك، وهنا يظهر الكبت بينما الإنكار يجعل الشخص جاهلا بحادث معين ولكن لا يمنعه من التعبير عن دوافعه الغريزية ومشاعره.

- **التوحد** (Identification) : حيلة دفاعية يدمج بها الفرد هويته بهويه شخص آخر.

- **التوحد مع المعتدى** : حيث يدمج الشخص فى داخله صورة عقلية للشخص الذى يمثل مصدر الإحباط من العالم الخارجى مثل التوحد الذى يتم فى نهاية المرحلة الأوديبية بين الطفل الذكر وأبيه، الذى يمثل إحباطا لعلاقة الطفل بأمه ولا يملك الطفل الى مواجهه أبيه سبيلا فيضطر للتوحد به.

- **العزل** (Isolation) : حيلة يتم بها عزل فكرة أو ذكرى عن ما يرتبط من شعور لتجنب الإنفعالات غير السارة .

- **التسامى** (Sublimation) : حيلة يتم بها توجيه الطاقة المرتبطة بنزعات غير مقبولة الى أنشطة مقبولة نفسيا وإجتماعيا ،والتسامى يحقق درجة ضئيلة من الإشباع للنزعات الغريزية .

- **الإبطال** (Undoing) : وهى حيلة دفاعية يتم بواسطتها أداء فعل لإعادة (لإصلاح) ما قد يتم فعله وهوغير مقبول من الأنا وهى حيلة بدائية من قبيل الأفكار والأفعال السحرية وذات طبيعة مترددة وتلاحظ غالبا لدى مرضى الوسواس القهرى.

والأنا الأعلى وهوالمنظمة الثالثة من الشخصية فيعتبر الممثل الداخلى للقيم التقليدية للمجتمع وأخلاقياته، ويتكون من إستدخال الطفل لقيم وأخلاقيات الوالدين ثم التوحد، بها ويعد الأنا الأعلى نموذجا لما هو مثالى وليس لما هو واقعى، ويميل إلى الكمال بدلا من اللذة، وعندما يتم تكون الأنا الأعلى يصبح هو السلطة الداخلية، سلطة الوالدين .. **وأهم وظائفه ما يلى :**

(١) كف حفزات الهو سواء كانت جنسية أو عدوانية .

(٢) اقناع الانا بالقيام بدور المثالية بدلا من الواقعية.

أ- وهذه المنظمات الثلاثة التى تتألف منها الشخصية (الهو والأنا والأنا الأعلى) التى تكونت عبر مراحل النمو النفسى ولكل منها شق شعورى وآخر لاشعورى تتوازن معا لإخراج شخصية سوية .أو يختل التوازن ليكون الإضطراب أو الصراع الداخلى.

ب -**إسهام يونج**[١]**(Jung)**: حيث أضاف فكرة اللاشعور الجمعى(Collective unconscious) الذى يجمع ذكريات الأجداد وخبراتهم ويعتبره الأساس العنصرى الموروث للبناء الكلى للشخصية، وعليه يبنى الأنا واللاشعور الشخصى وجميع المكتسبات الفردية الاخرى، ويرى أن الأنظمة الرئيسية للشخصية هى الأنا واللاشعور الشخصى واللاشعور الجمعى والقناع(Persona) ثم الأنيما(Anima) او الأنيموس (Animus) والظل(Shadow) والإتجاهات الإنطوائية والإنبساطية ووظائف التفكير والوجدان والإحساس والحدس والذات، التى هى الشخصية مكتملة .

ويرى يونج أن الأنا هوالعقل الشعورى الذى يتكون من المدركات الشعورية والذكريات والأفكار والوجدانات، وهومسئول عن شعور المرء بهويته وإستمراريته

---

(١) كارل جوستاف يونج (Carl Gustav Jung)(١٨٧٥-١٩٦١م): طبيب نفسى سويسرى وتلميذ فرويد النجيب وأنفصل عنه فى (١٩١٤م) عندما إستقال من رئاسة الإتحاد الدولى للتحليل النفسى وأسس مدرسته (علم النفس التحليلى) .

وهومركز الشخصية .. واللاشعور الشخصى هوالخبرات المكبوته وهى تماثل ما قبل الشعور عند (فرويد) حيث يمكن للشعور أن يصل إليها .. أما القناع فهوالشخصية العامة التى يظهرها الشخص للعالم من حوله ، والأنيما هوالنمط الأولى الأنوثى لدى الرجل ولانيموس هو النمط الذكرى الأولى لدى المرأة حيث إكتسب الرجل نتيجة حياته مع المرأة عصورا طويلة أنوثة وإكتسبت المرأة الذكورة، وهذان النمطان يعملان بوصفهما صورا جمعية تدفع كل جنس إلى الإستجابة لأفراد الجنس الآخر لفهمهم، فالرجل يتفهم المرأة بفضل ما لديه من أنيما والمرأة تتفهم الرجل بفضل ما لديها من أنيموس، ولكن الأنيما والأنيموس قد يؤديان إلى سوء فهم إذا ما أسقطت صورة النمط الأولى دون إعتبار لسمات الشريك. . ولقد اعتبر يونج الغرائز الحيوانية الموروثة كنمط أولى مسئول عن الخطيئة لدى الإنسان، الذى يسقطه للخارج ويطلق عليه الشيطان، وأسماه الظل. .وميز بين إتجاهين أساسين تتخذهما الشخصية، هما الإنبساط (توجه الشخص الى العالم الخارجى) والانطواء (توجه الشخص نحوالعالم الداخلى) وكلاهما يوجد فى الشخصية .

ج - **إسهام إدلر(Adler)[1]**: الذى افترض أن سلوك الإنسان تحركه أساسا الحوافز الإجتماعية والإنسان كائن إجتماعى فى أساسه، وقلل من أهمية الجنس واعتبر أن الاهتمام الإجتماعى فطرى فيه،وأن كانت الإنماط النوعية للعلاقات بالآخرين والنظم الإجتماعية التى تظهر وتتكون تحددها طبيعة المجتمع الذى يولد فيه الشخص، ومن ثم يعد أدلر له وجهه نظر بيولوجيه لا تختلف عن وجهه نظر (فرويد) و (يونج) فالثلاثة يفترضون أن للإنسان طبيعة فطرية تشكل شخصيته . . وأضاف أدلر فكرة الذات الخلاقة التى إعتبرها هى صاحبة السيادة فى بناء الشخصية، وأعتبرها شيئ يحتل مكانا متوسطا

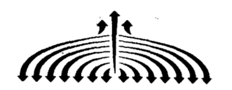
(١) الفريد أدلر : عاش بين عامى (١٨٧٠-١٩٣٧) وكان عضوا فى جماعة التحليل النفسى ثم رئيسا لها ثم استقال وكون جماعة خاصة به عرفت باسم مدرسة علم النفس الفردى .

(٢) إريك إريكسون : ولد عام (١٩٠٢) وهو عالم نفسى أمريكى معروف بنظريته عن النمو النفسى الإجتماعى ، وهو ذو خلفية عالمية، وحلل لبعض الشخصيات من خلال دراسة تاريخها مثل غاندى

بين المثيرات والإستجابات للشخص وأن الانسان يصنع شخصيته فهو يبينها من المادة الخام، وأكد على تفرد للشخص وأن الإنسان يصنع شخصيته فهو يبينها من المادة الخام وأكد تفرد الشخصية فاعتبر أن كل شخص صياغة فريدة من الدوافع والسمات والإهتمامات والقيم، فكل فعل يصدر عن الشخص يحمل طابع اسلوبة الخاص والمتميز فى الحياة .. كما جعل (إدلر) الشعور مركز الشخصية وأن الإنسان كائن شعورى يعرف أسباب تصرفاته ويشعر بنقائصه والأهداف التى يحاول بلوغها.

د- **إسهام إريكسون (E.Erikson)** : وسع إركسون من نظريات فرويد فى النمو فجعل النموفى مراحل تبدأ من الولادة وحتى الممات فى الشيخوخة، وأطلق على مراحله النمو النفسى الإجتماعى لأهمية الجانب الإجتماعى، وفى كل مرحلة جديدة تحدى (صراع) جديد، ففى السنة الأولى يواجه الطفل صراعا بين **الأمان فى مقابل عدم الثقة** وهذا طبقا لعلاقة الأم بالطفل فإذا نجحت فى إقامة علاقة يشعر فيها الطفل بالأمان فانه يثق فى الآخر(Basic trust)، وإذا فشلت كان الشك والمخاوف من علاقة بآخر .. وفى السنة الثانية حيث تنمو عضلاته فأصبح يمشى مستقلا ويستطيع أن يبتعد عن الأم، كما يستطيع التحكم فى مخارجه وإطعام نفسه أى أنها بداية الإستقلال فإذا شجعته الأم مع توفير الأمان والحماية عندما يسقط ودون لوم فانه يجتاز هذا التحدى، أما إذا أشارت إلى أنه سيئ فانه حساس لما يقال عنه وسوف يتولد لديه الشعور بالشك فى القدرات والخجل، ولذا فانه (اريكسون) أسمى هذه المرحلة **(الثقة فى مقابل الشك والخجل)** (autonomy vs. Shame and doubt) وأن الطفل من الثالثة إلى السادسة **مبادر فى مقابل الاحساس بالذنب** (Initiation vs guilt) فهو متطلع شغوف فضولى وتكون مبادرته الأولى داخل الأسرة فيتعلق بوالده من الجنس المقابل، ثم يبدأ فى التفرقة بين ما يريده هو وما يطلب منه أن يفعل، وتزداد هذه التفرقة وتتسع حتى يحول تدريجيا قيم والديه على أنها طاعة لنفسه وتوجيه لنفسه وعقاب

نفسه . . ومن السادسة إلى الثانية عشرة من عمر الطفل ينتقل إلى المدرسة ويثابر من أجل تعلم مهنة حتى يصبح لديه ثقة فى نفسه وفى قدرته على إستخدام أدوات الكبار، وإذا فشل فانه يشعر بالنقص والدونية وأسمى إريكسون هذه المرحلة **المثابرة فى مقابل الشعور بالدونية** (Industry vs. Inferiority)، ثم يكون البلوغ الذى يبرز فيه اختلاف المراهق عن نفسه قبل ذلك وعن ما يرغبه والداه، ويسلمه هذا الى غموض الرؤية (غموض الدور) وأطلق على هذه المرحلة **الهوية فى مقابل غموض الدور** (Identity vs role confusion) وهى من الثانية عشرة إلى الثامنة عشرة، وفى هذه المرحلة يتجمع المراهقون معا فى صورة شلل وجماعات ويكون الشاب فى شك بين ما تعلمه من أخلاقيات وهو طفل وما يراه حادثا بين الكبار، وأبرز ما يعانيه الشباب فى هذه المرحلة هى أزمة الهوية (Identity disorder) ومحورها تساؤلان أساسيان من أنا ؟ وماذا أريد؟ .. وبدء الارتباط بعلاقة راشدة من الفة أوزواج مع آخر من الجنس الاخر هى بداية مرحلة **الالفة فى مقابل العزلة** (Intimacy vs. Isolation) وعندما يصل الشخص إلى سن الأربعين فانه يتساءل عن معنى وجوده، ويبدأ **إنتاجا من أجل المجتمع** ويحقق به معنى لوجوده فى مقابل الخمول واللامبالاة (Generativity vs. Stagnation) وعندما يصل الإنسان إلى عمر الستين ينظر إلى ما مضى من عمره فيشعر بأن إنجازاته قد **تكاملت** ويرضى عن نفسه، فيكون الرضا والقوة فى مواجهه الموت وبدون ذلك يكون اليأس والخوف من الموت (Integrity vs. Despair)



البـــاب الثانى

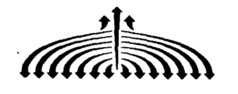
الأعراض المرضية النفسية

المقابلة والفحص النفسى والتشخيص

الأهمية الاكلينيكة لبيانات المقابلة

المقدمة

لا شك أن هدف المهنة الطبية هوتخفيف المعاناة عن الانسان المريض بتقديم العلاج (بالاضافة الى وقاية السليم)، ولا يمكن أن يقدم العلاج الا بعد تشخيص المرض، وللوصول الى تشخيص المرض النفسى يلزم المعرفة بالظواهر المرضية النفسية (الاعراض النفسية) (Symptoms)، ثم المعرفة بكيفية استخلاص هذه الظواهر عن طريق المقابلة والفحص النفسى. . ولذا فاننا سوف نعرض فى الفصول التالية للاعراض النفسية، ثم كيفية اجرا المقابلة والفحص النفسى وصولاالى التشخيص، فالتشخيص لا بد أن يمر **بمستويين، أولهما** على مستوى العرض وهوتوصيف الظاهرة التى يشكومنها المريض أويستخلصها منه الطبيب، (وهذا ما نعرض له فى الفصل الأول من هذا الباب) **وثانيهما** على مستوى اللزمة المرضية(Syndrome) وهوتجميع الظواهر المرضية معا فى لزمة واحدة ،(وهوما سوف نعرض له فى الفصل الثانى من هذا الباب) .



الفصل الأول

الاعراض المرضية النفسية
(Psychiatric Symptoms)

عندما تضطرب وظيفة جسمانية معينة فان ذلك ينتج اعراضا جسمانية، فمثلا تعتبر وظيفة تنظيم اخراج الفضلات هى إحدى وظائف الأمعاء الغليظة، وعند اضطراب هذه الوظيفة تنتج أعراضا مرضية مثل الامساك والاسهال. . وكذلك الحال بالنسبة للوظائف النفسية فإنها حين تضطرب ينتج عنها اعراض مرضية نفسية .

وسوف نفصل ذلك فيما يلى :

(١) الاعراض المرضية التى تنشأ من اضطراب الوعى :

ويتغير الوعى كميا فى حالة النوم حيث يتناقض وعى الشخص بذاته وما حوله ولكن عند تنبيهه يعود الى حالة الوعى الطبيعى .. ولكن قد يصبح النوم مرضيا فى حالات

١- **كثرة النوم** (Hypersomnia)

٢- **النوم الانتيابى (السبخ)** (Narcolepsy) وهواضطراب النوم الذى يتميز بنوبات قصيرة لا ارادية من النوم ومتكررة.

٣- **الوسن** (Somnolence) وهى حالة النوم المرضى (أوالدروخة) التى يمكن إيقاظ الفرد منها الى حالة الوعى الطبيعية .

وهناك حالات أخرى من اضطراب الوعى الكمى هى :-

١- الغيبوبة (السبات) (Coma) : وهى حالة فقدان الوعى الشديد التى لا يمكن ايقاظ الفرد منها مهما كانت شدة المثير .

٢- الغيبوبة الساهرة (السبات السهرى) (Coma vigil): وهى حالة فقدان الوعى التى تبقى فيها العينان مفتوحتان .

٣- شبه الغيبوبة (الذهول) (Stupor): وهى حالة من نقص التفاعل للمثيرات ونقص الوعى بالبيئة المحيطة .. ويستخدم نفس اللفظ فى الطب النفسى كمرادف للبكم وليس بالضرورة أن يكون متضمنا اضطراب الوعى كما يحدث فى الفصام الكتاتونى حيث يكون واعيا بكل ماحوله.

٤ - تشوش الوعى (Confusion): حيث يضطرب الوعى بدرجة لا يستطيع المريض ادراك البيئة (الزمان والمكان والاشخاص) .

٥- الخدار (Torpor): وهى حالة من تناقص الوعى غير المصحوبة بهلاوس اوخطأ تأويل اوضلالات أوعدم استقرار ويكون المريض لا مبالى وخامل وغير قادر لأن يعبر عن نفسه بوضوح.

٦- الغيبة (Trance) : وهى حالة تشبه النوم من نقص الوعى والنشاط .

وهناك تغيرات كيفية (نوعية) فى حالة الوعى نذكر منها :-

١- **الانشقاق (Dissociation)** : وهى حيلة دفاعية يحدث فيها عزل بعض الوظائف العقلية أوالسلوكية عن باقى النشاط النفسى الشخصى.

٢- **التغير بما يشبه الحالم (Dream like change of consciousness)** : حيث يتناقص مستوى الوعى (وهى خبرة ذاتية)، وتزيد عتبة الادراك الحسى لكل المثيرات ويكون المريض غير مدرك للزمان والمكان، إلا أنه يكون

مدركا للاشخاص وتكون حالة التغير هذه مصحوبة بهلاوس بصرية لحيوانات صغيرة مع خوف، ونادرا ما تصاحب بهلاوس سمعية وشمية وهى غالبا مرتبطة بتلف (آفة) فى الفص الصدغى.

٣- **تضيق الوعى** (Restriction of consciousness) : وفيها يضيق وعى المريض حيث يطغى على عقله مواقف قليلة وافكار قليلة بالاضافة الى عدم ادراكه للزمان والمكان ... **وتشمل** :-

أ - **حالة تشبه نوم الفجر**(twilight state) : وهى تضيق الوعى المرضى الطارئ الذى يمنع استمرار حالة الوعى الطبيعى والسلوك السوى، وتحدث فى حالات الصرع .. وتحدث فى حالات الهستيريا وفيها يحدث تضيق الوعى لأسباب ودوافع لا شعورية وتسمى كاتاثيميا (Catathymia)

ب - **حالة الشراد** (Fugue) : وتطلق على حالات التجوال المصحوبة بفقدان ذاكرة الى حد ما .

٤- المشى أثناء النوم (Somnambulism) : وهى حالة من الانشقاق يكون فيها النشاط الحركى واعيا فى حين يكون النشاط الفكرى غير واعى .. وهى غالبا تحدث للاطفال ،وعندما تحدث للكبار فانها غالبا ما تكون مرتبطة باضطرابات نفسية أخرى، مثل الشخصية الشبة فصامية أوالفصام.

٥- **التنويم** (Hypnosis) : وهوتغيرصناعى فى الوعى يتميز بقابلية شديدة للايحاء.

(٢) الاعراض المرضية التى تنشأ من اضطراب الانتباه

١- **قلة الانتباه** (Inattention) : حيث يقل الانتباه أو ينعدم إما نتيجة لتغير الوعى (كما فى حالة شبه الغيبوبة) أوتغير الوجدان (كما فى حالة الاكتئاب) .

٢- **زيادة الانتباه (Hyperprosexia)**: حيث يزيد الانتباه زيادة ملحوظة فينتبه المريض الى كل المثيرات وتفاصيلها كما فى مرض الهوس.

٣- **التشتت (Distractability)** : حيث يتجه المريض لكل المثيرات الجديدة كما فى حالات القلق اوالاجهاداوالهوس اوالفصام اوبعض حالات الاصابة العضوية بالمخ، فلا يستطيع التركيز فى مثير معين.

٤- **نقص الانتباه الانتقائى (Selective attention)**: حيث يفشل الشخص فى تركيز انتباهه تجاه الاشياء الباعثة على القلق.

(٣) الاعراض المرضية التى تنشأ من اضطراب الاهتداء (ادراك البيئة) (الوعى بالزمان والمكان والاشخاص) :

١- **اضطراب الوعى بالزمان (Disoriented for time)**: حيث يضطرب الوعى باليوم من الأسبوع والساعة بالتقريب وتاريخ اليوم والسنة والفصل من السنة .

٢- **اضطراب الوعى بالمكان(Disoriented for place)**: حيث يضطرب الوعى بالمكان الموجود فيه حاليا وعنوان البيت وسبب وجوده فى هذا المكان فى هذا الوقت.

٣- **اضطراب الوعى بالاشخاص (Disoriented for persons)** : حيث يضطرب الوعى بهوية نفسه وهوية الآخرين فى بيئته المباشرة فيما يتعلق بأسمائهم ودور كل منهم فى البيئة المشارك له فيها .

وقد تجتمع الابعاد الثلاثة لادراك البيئة فى اضطراب ما، أويجتمع اثنان منها، وقد يكون عرضاواحدا فقط.

(٤) الاعراض المرضية التى تنشأ من اضطراب الادراك :

وتنقسم الى مجموعتين

الأولى : تشوهات الادراك الحسى(Sensory distortions): وتحدث مع الادراك الحقيقى للموضوعات التى يتم استقبالها بطريقة مشوهه . . ومنها :-

١- التغير فى شدة الاحساس بالزيادة اوالنقص(Hyperaethesia and Hypoaethesia) حيث تزيد شدة الاحساس عند الانفعالات الشديدة، وعند انخفاض عتبة (threshold) الاحساس .. ونرى ذلك فى شخص قلق فانه حساس للضوضاء والعكس يحدث عندما يكون شخص مكتئب فإنه يدرك الاشياء كأنها قادمة من بعيد.

٢-التغير فى الكيفية. حيث أن بعض المواد السامة تشوه الادراك البصرى فتلون كل الادراكات باللون الأصفر (Xanthopsia)أوباللون الأخضر أوباللون الأحمر (Erythropsia or Chloropsia)

٣- التغير فى الحيز المكانى (Dysmegalopsia) ويحدث كبر حجم الموضوعات المدركة(Macropsia) أوصغر حجم الموضوعات المدركة(Micronsia) وأيضا تسمى (Lilliputian distortion)، أوبعدهاعن ما هى موجودة دون تغير فى الحجم (Porropsia).

وكبر حجم المدركات وصغرها يحدث فى الحالات الاتية :

١- الاحلام والهلاوس.

٢- امراض الشبكية .

٣- اضطراب تكيف العين .

٤- خلل بالفص الصدغى (الجزء الخلفى) .

٥- تسمم بالأتروبين أوالهيوسين أحيانا .

الثانية : خداعات حسية (Sensory Deceptions)

١- **خطأ التأويل (خطأ الادراك)(Illusion)** وهوالفهم (التفسير) الخاطئ لمثير مثل الطفل الذى يعانى من هذيان الحمى عندما يرى مقياس الحرارة (الترمومتر) فى يد الممرضة فيظنة خنجر.

٢- **هلاوس (Hallucinations)**: وهى الادراك بدون مثير مثل المريض الذى يسمع صوتا يسبه دون وجود أى صوت .

وهناك خيالات عقلية كثيرا ما تتشابه مع الهلاوس لدرجة أطلق عليها الهلاوس الكاذبة ويمكننا أن نميز بين الهلاوس الكاذبة والحقيقة كما يلى :-

الهلاوس الحقيقية	الهلاوس الكاذبة
١- لها وجود حقيقى .	١- ليس لها وجود حقيقى .
٢- مكتملة المعالم ومحددة الخطوط	٢-ليست مكتملة المعالم ومحددة الخطوط .
٣- تظهر فى مكان موضوعى .	٣- تظهر فى مكان ذاتي أو غير محددة المكان
٤- لا تخضع للرغبة .	٤- تخضع للرغبة . (يستدعيها وقتما يشاء)

ونلخص أسباب الهلاوس فيما يلى :

١- الانفعالات الشديدة مثل الاكتئاب الشديد المصحوب بالشعور بالذنب.

٢- الايحاء .

٣- اضطرابات أعضاء الحس (مثل مرض العين أوالأذن)

٤- الحرمان الحسى (Sensory deprivation)

٥- اضطرابات الجهاز العصبى المركزى .

٦- الفصام.

وقد تكون الهلاوس متوافقة مع الحالة الوجدانية (Mood-congruent) من اكتئاب أوهوس،(مثل المكتئب الذى يسمع صوتا يقول له أنه سيئ)، وقد تكون غير متوافقة مع الحالة الوجدانية .(Mood-incongruent) وقد تحدث الهلاوس أثناء دخول الفرد فى النوم (Hypnagogic hallucinations) وقد يحدث عند استيقاظة من النوم وفتح عينيه (Hypnapomic hallucinations)

وأنواع الهلاوس وخطأالتأويل حسب الحاسة التى استقبلت بها وهى تبعا لذلك

- بصرية (Visual)
- سمعية (Auditory)
- شمية (Olfactory)
- تذوقية (Gustatory)
- حسية (لمسية) (Tactile)

وهناك أنواع أخرى من الهلاوس ليست لهاعلاقة باعضاءالحس المتخصصة هى :

١- الاحساس العميق بالألم : الاحساس بألم التمزق فى أعضائه وتحدث فى الفصامين المزمنيين.

٢- الاحساس بالسقوط فى الهواء أوالغوص فى الفراش : ويحدث فى الحالات العضوية الحادة خاصة حالات الهذيان الارتعاشى .

٣- الاحساس بوجود آخر عندما يكون الشخص بمفرده : ويحدث فى الحالات العضوية والفصام والهستريا .

٤- هلاوس وظيفية : حيث الهلاوس متسببة عن مثير ولكن الهلاوس والمثير كلاهما هلوسة، مثل المريض الذى يخبر أن الرب تكلم إليه من خلال ضوضاء، والكلام هنا والضوضاء كلاهما من قبيل الهلاوس .

٥- الهلاوس المنعكسة (Reflex hallucinations) or (Synesthesia) حيث يكون المثير فى مجال حسى يسبب هلوسة فى مجال حسى آخر، مثل المريض الذى

يحس ألما عندما يحس يعطس آخر بجانبه .

٦- هلاوس خارج مجال الحس مثل الذى يرى شخصا واقفا خلفه .

٧- شبح المرآة المتخيل(Phantom mirror image) حيث يرى نفسه كأنه ينظر فى مرآة، ويحدث فى قليل من حالات الفصام وفى حالات الهذيان(Delirium) والصرع المتسبب عن المنطقة المؤخرية الجدارية .

٨- رؤية الذات السالبة (Negative autoscopy) : حيث ينظر فى المرآة فلا يرى نفسه فى حالات الاصابة العضوية للمخ .

٩- رؤية الاحشاء الداخلية عندما ينظر فى المرآة (Internal autoscopy)

١٠- هلاوس جسدية (Somatic Hallucinations) : حيث يدرك الشخص خطأ حدوث أشياء فى جسمه (غالبا حشوية) .

١١- اختلال الإنية (Depersonalization) : حيث يشعر الشخص أنه غير حقيقى أوغريب أوغير مألوف لنفسه أوأنه تغير.

١٢-اختلال ادراك البيئة (Derealization) : من حولة وهوشعور ذاتى بتغير البيئة من حولة أوأنها غريبة أوغير حقيقية .

١٣- ظاهرة الانزلاق الادراكى (Trailing phenomenon) : وهو إدراك غير سوى يرتبط بتعاطى العقاقير المحدثه للهلاوس الذى فيها ترى الموضوعات المتحركة على أنها سلسلة من الخيالات المتقطعة والمتباعدة.

١٤- عدم الادراك (agnosia) : عدم قدرة التعرف وفهم مثير حسى.

١٥- التجاهل للمرض (anosognosia) : عدم قدرة التعرف على خلل عصبى حدث للشخص.

١٦- التجاهل للجسد (Somatopagnosia) : قدرة الشخص فى التعرف على جزء من جسده ويطلق عليها أيضا (autopagnosia)

١٧- عدم قدرة التعرف باللمس(Astereognosis): وعدم قدرة التعرف على الوجوه (Prosopagnosia).

(٥) الاعراض المرضية التى تنشأ من اضطراب الذاكرة

١- النساوة (فقدان الذاكرة) (Amnesia)

حيث يفشل فى إستدعاء الأحداث السابقة وتشمل :-

أ - نساوة للاحداث القريبة (Anterograde amnesia) : وتحدث فى سن الشيخوخة أومرض كورسا كوف أوتصلب شرايين المخ.

ب - نساوة للاحداث البعيدة (Retrograde amnesia) : حيث يفقد الشخص القدرة على استدعاء الأحداث التى مرعليها بعض الوقت والتى يفترض بأنها أصبحت راسخة (Consolidated)

ج - فقدان ذاكرة لأحداث معينة (Circumscribed amnesia): وقد تسمى فجوات الذاكرة (Amnesic gaps) مثل ما يحدث فى حالات الهستريا، حيث تكون الاحداث مرتبطة بالخوف اوالغضب اوالخجل وهذا النوع من النساوة يعتبر انتقائى .

٢- تشوه الذاكرة (Distortion of memory) وتشمل :

أ - تشوه الاستدعاء (Paramnesia) وذلك بواحدة مما يلى

(١) حيث تزييف الاحداث الماضية (Retrospective Falsification) حيث يزيف الاحداث الماضية عندما يتحدث عنها ودرجة التزييف تعتمد على درجة الاستبصار ونقد الذات وهذا التزييف يشيع فى الشخصيات الهستيرية .

(٢) ادعاء الضلالات كخبرة ماضية (Retrospective delusions) مثل الفصامى الذى يرجع ضلالاته عدة سنوات مضت برغم أن مرضه حديث .

(٣) الذكريات الضلالية (delusional memory) قد تأخذ الضلالات الأولية شكل ذكريات .

(٤) التلفيق (Cofabulation) وهوتذكر أحداث على أنها حدثت للمريض وإنما هى لم تحدث إطلاقا .

ب - تشوه التعرف وذلك بواحدة مما يلى :-

(١) ظاهرة الألفة (Deja Vu Phenomenon) حيث يعتقد المريض أنه يعرف جيدا هذا الشخص رغم أنه يقابله لأول مرة .

(٢) التعرف الخاطئ (Misidentification) وهو إما خطأ تعرف موجب حيث يتعرف على الغرباء كاصدقاء أو خطأ تعرف سالب حيث ينكر أصدقائه وأقاربه أوموقف حقيقى سبق أن خبره (Jamais Vu)

(٣) حدة الذاكرة (Hypermnesia) وهى درجة مبالغ فيها من تسجيل الاحداث واستدعائها .

(٦) الاعراض المرضية التى تنشأ من اضطراب الوجدان (العاطفة)

مقدمة :

نحب أن نذكر هنا بعض التعريفات المتعلقة بالعاطفة التى يمكن أن تتداخل مع بعضها وهى [١] :

١- الشعور (feeling): وهى خبرة الانفعال الذاتية .. اوهوالتفاعل الايجابى اوالسلبى لخبرة ما .

٢- الانفعال (Emotion): وهوحالة الحيوية التى تنشأ من التغيرات الفسيولوجية

---

(١) سبق أن عرضنا لهذه التعريفات ضمن الحديث عن الوظائف النفسية ونعرض لها ثانية لما تحدثه ـث لدى كثير من الدارسين .

الحادثة كاستجابة لحدث ما وتميل الى المحافظة عليه اوالغائه.

٣- وجدان (Affect) : وهوالانفعال المباشر الذى يحدث كاستجابة لحدث ما والذى يمكن ملاحظته اوبمعنى آخر هوالشعور الذى يمكن مشاهدته.

٤- المزاج (Mood) (الحالة المزاجية) : وهوحالة الانفعال التى تبقى لفترة الى درجة أنها تلون ادراك الشخص للعالم من حولة .

٥- المزاج المميز للشخص (Temperament): وهوالتهيئة المتأصلة لدى الشخص الذى يجعله يتفاعل بطريقة معينة مع المثيرات ويتحدد مبكرا فى حياة الفرد.

ويعتبر الوجدان بالنسبة للمزاج كالطقس بالنسبة للمناخ .

الاعراض :

١- التهيئة العاطفية الشاذة

(Abnormal emotional predisposition)

وتحدث لدى الاشخاص غير الاسوياء الذين تكون امزجتهم شاذة مثل المزاج الدورى اوالمزاج السريع الاستثارة اوالذين يتميزون ببرود عاطفى ونقص الانفعالات .

٢- التعبير عن الانفعالات بطريقة مرضية اوغير عادية

(أ) انشقاق الوجدان (Dissociation of affect) وهوتفاعل دفاعى لا شعورى ضد القلق .

(ب) فقدان الشعور(Apathy) يفقد المريض الخبرة الانفعالية وكذلك القدرة على التعبير الانفعالى.

(ج) عدم التمايز (Indifference) **حيث يشعر** المريض بالشعور المناسب ولكنه

لا يستطيع التعبير عن ذلك .

(د) الارتباك الانفعالى (Emotional Perplexity) ويشير الى حالة الارتباك الذى يحدث فى حالات القلق وتغيم الوعى والفصام الحاد .

(هـ) التناقض الوجدانى (Inadequate or incongruity) حيث يظهر المريض تفاعلا يتناقض مع الظروف المحيطة.

(و) التقلب الوجدانى (Lability of affect) وهى حالة التغير الانفعالى من نقيض الى نقيض بسرعة وبدون سبب مناسب .

(س) الضحك القسرى (Forced laughing) والبكاء القسرى (Forced weeping)

حيث يعبر المريض بالضحك اوالبكاء فى غياب السبب المناسب ويستعمل لذلك وصف خاطئ هو (الوجدان القهرى).

٣- اضطرابات الانفعال المرضية والتفاعلات غير العادية

(أ) القلق (Anxiety): وهوالخوف غير المحدد وتوقع حدوث مكروه.

(ب) الهلع(Panic) : وهوالذعر المصاحب بالاحساس بالهلاك مع اعراض جسمانية مثل الاحساس بالاختناق وزيادة ضربات القلب

(ج) الفوران الداخلى (Agitation) : وهوحالة من القلق الشديدالمصاحب بعدم استقرار حركى.

(د) التوتر (Tension) : زيادة الحركة مع شعور داخلى غير مريح (غير سار)

(هـ) الرهاب(Phobia) : وهوالخوف المرتبط بشئ معين .

(و) الاكتئاب (Depression): وهوالشعور بالحزن الشديد بسبب غير مناسب اوبدون سبب ، بينماالمزاج العكر (Dysphoric mood) : هو حالة وجدانية

غير مريحة. ، وقد يرتبط به فقد الاهتمام (الكراهية للحياة) (Anhedonia) فقد الاهتمامات والانسحاب من كل الأنشطة المعتادة والسارة ،وأيضاالشعور بالذنب (Guilt) الانفعال الثانوى لما ارتكبه الشخص من أخطاء يشعر بقبحها ويندم عليهاوهو مبالغ فيه فى حالة الاكتئاب .

(ز) استثارة الوجدان(Irritabl) : سرعة (أو سهولة) المضايقة الشعور بالضيق وعدم التحمل والانفجار فى غضب.

(ح) تأرجحات المزاج (Mood swings) : وهو التأرجح بين السرور والاكتئاب او القلق .

(ط) الثنائية الوجدانية (Ambivalence) : وجود نزعتين متناقضتين من المشاعر تجاه نفس الشىء او الشخص.

(ى) المرح المرضى (euphoria,elation) : وهى حالة المرح الشديد دون سبب مناسب وغالبا ما يصاحبه الشعور بالعظمة ويحدث فى حالات الهوس والتصلب المتناثر(MS) وإصابات المهيد.ومن قبيله إتساع الوجدان (Expanive mood) تعبير الفرد عن مشاعره بدون قيود ، ويصاحبه افراط الشخص فى الشعور بأهميته.

(ك) الشطح الوجدانى(Ecstacy) : وهوحالة من الانسجام الشديد والاحساس الذاتى بالتواصل مع الخالق .

(ل) الخزى (Shame) : وهوالشعوربالفشل فى أن يعيش الشخص فى مستوى توقعاته لنفسه .

(٧)الاعراض المرضية التى تنشأ من اضطراب التفكير :

اذا تخيلنا أن التفكير يتكون من فكرة مرتبطة بالفكرة التى بعدها وهذه

أيضا مرتبطة بما بعدها، لأمكنناأن نتصور التفكير كالقطار الذى يتكون من عربات مرتبطة ببعضها تجرها قاطرة فى مسار خاص نحوهدف معين، وللقطار نوع وللعربات محتوى.

ويمكننا أن نطبق نفس العناصر على التفكير فهويتكون من :-

١- القوة المتحكمة فى التفكير (Power of thinking)

٢- مسار التفكير (Stream)

٣- هدف التفكير (Goal)

٤- نوع التفكير (Type)

٥- محتوى التفكير (Content)

٦- ارتباط الافكار ببعضها (Association)

٧- كمية الافكار (Amount)

٨- شكل التفكير (Form)

وكل من هذه العناصر قد يضطرب وينتج عنه اعراض مرضية وسوف نفصل ذلك فيما يلى :

١- الاعراض المرضية التى تنشأ من اضطراب القوة المتحكمة فى التفكير:

(أ) الوساوس (Obsessions): حيث تظهر ضد رغبة المريض وتأخذ شكل افكار اوخيالات عقلية أومخاوف أونزعات. وتأخذ الافكار الوسواسية شكل الاجترارات وتحدث الوساوس فى مرض الوسواس والاكتئاب والفصام وبعض الاصابات العضوية بالدماغ (خاصة بعد التهاب المخ) .

(ب) تغرب التفكير (Thought alineation) : حيث يخبر المريض أن افكاره

تحت تحكم قوى خارجية وهذه القوى

- تضع له افكارا فى رأسه ليست خاصة به (Thought insertion) .
- تسحب افكاره من رأسه (Thought withdrawal)
- تذيع افكاره على الناس (Thought broadcasting)

يلاحظ أن هذه المجموعة من الاعراض تشير الى أن الحدود بين الأنا والمحيط الخارجى قد تحطمت (Loss of Ego Boundaries)

٢- الاعراض المرضية التى تنشأ من اضطراب مسار التفكير :

أ- اضطراب سرعة التفكير (Dist.of tempo)

تضطرب سرعة التفكير وينتج عن ذلك أى مما يلى :-

(١) تطاير الافكار (Flight of ideas) :حيث يكون الكلام مستمرا وليس مرتبطا ويتم الانتقال من فكرة الى أخرى بطريقة القفز دون الربط ويحدث فى حالات الهوس الحادة والفصام وحالات التلف العضوى بالدماغ خاصة اصابات المهيد .

يلاحظ أن تطاير الافكار فى حالات الهوس الخفيف (Hypomania) يكون مرتبا (Ordered flight of ideas) وبالرغم من كثرة اللغو فإن المريض يمكنه العودة الى الهدف بينما يكون تطاير الافكار شديدا فى حالات الهوس الحاد (Acute mania) لدرجة أن التفكير يصبح مشوشا ، ولكن يلاحظ أيضا أنه فى حالات الهوس عموما يمكن للمستمع المنتبه أن يتابع التغيرات فى الموضوع، حيث أنها ليست جوهرية، بينما يكون الانتقال فى كلام الفصامى ملحوظا لدرجة لا يمكن معها متابعة الموضوع وغالبا ما يفقد المسار الأساسى للتفكير.

(٢) تبلد مسار التفكير (Retarded thinking) : وهوالبطء الشديد فى مسار

التفكير ويكون مصحوبا بنقص التركيز ونقص الانتباه وفقد الذاكرة كما يحدث فى الاكتئاب المتبلد .

(٣) التفاصيل الكثيرة غير الضرورية (Circumstantiality) : وغالبا ما تكون هذه التفاصيل غير مناسبةأيضا ويرجع ذلك لنقص قدرة الشخص فى الحكم على الأمور وتقوقعه حول ذاته ويحدث لدى الصرعيين والأغبياء والوسواسيين .

ب - اضطراب انسياب التفكير

(Dist. Of continuity of thinking)

(١) الوظوب (Perseveration): وهوالترديد المرضى لنفس الاستجابة فى الرد على مختلف الأسئلة وهى شائعة فى اضطرابات الدماغ المعممة والموضعية

(٢) انسداد مسار التفكير(Thought block):وهوالتوقف المفاجئ للتفكيروقد يسترسل فى فكرة جديدة تماما .

(٣) الخروج عن المسار(Drailment) : وهوالانحراف التدريجى اوالمفاجئ فى قطار التفكير دون انسداد المسار وأحيانا يستخدم كمرادف لتفكك روابط التفكير .

٣- الاعراض المرضية التى تنشأ من اضطراب هدف التفكير :

حيث يكون بلا هدف اويكون له هدف ولكن يخطئه عن طريق :

(أ) الاجابة التى ليس لها علاقة بالهدف (irrelevant answer)

(ب) المماسية للهدف (Tangentiality)

حيث يستغرق المريض فى الافكار الجانبية ولا يستطيع الوصول الى الفكرة

الرئيسية .

(ج) التكثيف (Condensation) وهوعملية تجميع المفاهيم المختلفة فى مفهوم واحد .

٤- الاعراض المرضية التى تنشأ من اضطراب نوع التفكير :

يصبح تفكير المريض ذاتويا (Autistic) منصبا على ذاته وليس له علاقة بالواقع المحيط به أويصبح سحريا(Magical thinking)، وهوالتفكير غير المنطقى الذى يشبه تفكير مرحلة ما بعد العمليات لدى الاطفال (Preoperational)، حيث يكون للافكار أوالكلمات أوالافعال قوة يفترض أنها تمنع وقوع الاحداث كما فى تفكير مرضى الوسواس القهرى،ومنه أيضاالتفكيرالأولى (Primary process thinking) وهو يصف عامة التفكير غير المنطقى السحرى الذى يوجد فى الأحلام لدى الأسوياء ولدى الذهانيين أثناء اليقظة.

٥- الاعراض المرضية التى تنشأ من اضطراب محتوى التفكير :

(أ) الضلالات (Delusions) وتعرف بأنها أفكار ثابته خاطئه لايمكن تصحيحها بالحجة والمنطق ولا تتناسب مع ثقافة الشخص وبيئته، وقد تكون ضلالات أولية (Primary delusions) وهى التى تظهر فجأة ولا يمكن تشكيك المريض فيها وقد تكون ثانوية (Secondary delusions) وهى التى تظهر ثانوية لاضطراب آخر سبقها فى الظهور مثل الهلاوس اواضطراب الوجدان اوالضلال الأولى وقد تكون متوافقة مع الوجدان اوغير متوافقة .

وأحيانا تكون الضلالات منتظمة (systematized) اذ كانت مترتبة على بعضها بطريقة شبه منطقية، وأحيانا تكون غير منتظمة اذا كانت غير مرتبة، أومفرطة الغرابة (Bizarre) وهى التى من فرط سخافتها لايمكن تصورها (مثل المريض الذى يعتقد أن غزاة من الفضاء ثبتوا أقطابا كهربائية داخل

مخه) ، وقد تتفق الضلالات مع الوجدان (Mood-congruent) عندما يكون مجتواها مناسبا لحالة الوجدان (مثل المكتئب الذى يعتقد أنه هو المسئول عن ثقب الأوزون لأنه كان يستعمل صبغة شعر)، وقد لاتتفق الضلالات فى محتواها مع الوجدان (mood-incongruent)أوبسيطة فى مقابل المركبة،أوتامة فى مقابل الجزئية،كماتوصف من خلال تأثيرهاعلى السلوك.

والضلالات من حيث ما تحمله من معنى قد تكون :-

(١) ضلال الاضطهاد (Delusions of persecution) حيث يعتقد المريض أن هناك من يضطهده ويضمر له السوء .. ويظهر ذلك فى صورة .

- ضلال الاشارة (Delusion of reference) اعتقاد المريض أن كل ما يحدث حوله يشير اليه فإذا همس انسان لجاره اعتقد أنه يقصده بذلك .
- ضلال التأثير(Delusion of influence) حيث يعتقد المريض أن هناك من يؤثر عليه ويدفعه للتصرف اوالتفكير دون أن يكون له إرادة فى ذلك، وهوما يسمى بضلال السلبية (Passivity delusion)
- ضلالات التسمم أوالعدوى(Delusions of being poisoned or infected) حيث يشعر المريض بتغير ويعزى ذلك الى أن هناك من يضع له السم فى الطعام .

(٢) ضلال الخيانة (Delusions of infidility) وفيه الغيره والاعتقاد بأن خيانة زوجته له تحدث مرارا .

(٣) ضلال الحب(Delusion of love) أو المحب الخيالى حيث يحب المريض شخصا ويعتقد تماما أنه يبادله نفس الشعور . رغم أنه قد لا يوجد بينهما أى تعارف ويحدث ذلك فى بداية الفصام أوالشخصيات المضطربة النمو.

(٤) ضلال العظمة (Grandiose delusion) وفيها يعتقد المريض أنه شخص مهم

بصفة خاصة، أوأنه عظيم جدا كما يحدث فى حالات الهوس .

(٥) ضلال اعتلال الصحة (Delusions of ill health) حيث يعتقد المريض أنه معتل الصحة جسمانيا وتسمى ضلال اعتلال الصحة الجسمى، أوأنه معتل الصحة العقلية لدرجة لن يبرئ منها وتسمى ضلالات الجنون الذى لا يبرأ فى حالات الاكتئاب والفصام.

ومن قبيل ضلالات الجنون الذى لا يبرأ الأم التى تعتقد أنهامريضة بالجنون الشديد، وأنه قد انتقل منها الى اطفالها وأنه لا أمل فى شفائهم فتقتلهم ثم تنتحر.

(٦) ضلالات الاحساس بالذنب (Delusions of guilt) حيث يلوم المريض نفسه ويقلل من قدرها بدرجة شديدة ويحملها كل الذنب فى كل الأمور، كما يحدث فى حالات الاكتئاب الشديدة .

(٧) ضلالات العدمية (Nihilistic delusion) حيث ينكر المريض وجود جسده أوجزء منه أوينكر وجود عقله أوالعالم من حوله، ويعتبر هذا النوع الدرجة الشديدة لنوعين آخرين من الضلالات، أحدهما يتعلق باعتقاد الشخص أنه قد تغير وأصبح شخصا آخر، والثانى يتعلق باعتقاد الشخص أن كل ما حوله قد يتغير من أماكن وأشخاص .

(٨) ضلالات الفقر(Delusions of poverty) وهنا يعتقد المريض أنه فقير معدم وأن الحرمان والعوز مصيره هووأسرته كما يحدث فى مرض الاكتئاب.

(أ) الافكار المبالغ فى قيمتها (Overvalued ideas) وهى الافكار التى ارتبطت بمشاعر خاصة وأصبحت تطغى على ما عداها من أفكار.

(ب) الفلسفات الكاذبة (Pseudophilosophy)

وهى تشبه الضلالات من حيث خطئها ولكنها غير ثابته، حيث أنها

يمكن أن تهتز لدى المريض خلال المناقشات .

(د) ممارسة الوهم الكاذب(Pseudologia fantastica) وهونوع من الكذب فيه يبدوالشخص أنه يعتقد فى واقعية خيالاته ويمارسها .

(هـ) الانشغال المسبق (Preoccupation)

حيث يدور تفكير الشخص حول فكرة ما تسيطر عليه، فقد يكون الانشغال بذاته مرضيا وهوما يسمى هوس الذات (Egomania)،اوقد يكون الانشغال بموضوع واحد (Monomania) ، اوالانشغال المسرف بصحته غير المبنى على أساس عضوى حقيقى، ولكن على تفسيرات غير حقيقية لاحساسات أو علامات جسمانية غيرمرضية (Hypochondriasis)

٦- الاعراض المرضية التى تنشأ من اضطراب ترابط التفكير :

(أ) الترابط الصوتى(Clang association) وهوترابط الكلمات بتشابه ايقاع أصواتها لا بمعانيها، ومن ثم يفقد الترابط المنطقى للتفكير.

(ب) تفكك اواصر التفكير (Loosening of association) ويصف هذا العرض الانتقال من فكرة الى فكرة مختلفة فى الموضوع تماما دون أن يعى الشخص أن الموضوعين ليست لهما علاقة ببعضهماوأحياناتستخدم كمرادف لانزلاق التفكير (Drailment)

(ج) التنافر (عدم الإتساق)(Incoherence) ويصف الدرجة الشديدة من تفكك أواصر التفكير التى تصل الى ربط فكرتين لا يمكن الجمع بينهما، أوالاستخدام المفرط للجمل الناقصة ،ويمكن أن يسمى بالتفكير غير المنطقى(Illogical thinking) وهو الذى يشتمل على استنتاجات خاطئة وتناقضات داخلية .

٧- الاعراض المرضية التى تنشأ من اضطراب كمية التفكير :

(أ) تقل كمية الافكار لدرجة يوصف معها المريض بفقر تفكيره (Poverty of thinking) كما يحدث فى مرض الاكتئاب.

(ب) زيادة الافكار لدرجة تزاحمها عند تعبير المريض عنها فيظهر ما يسمى بضغط الافكار(Pressure of thinking)، كما يحدث فى حالات الهوس.

٨- الاعراض المرضية التى تنشأ من اضطراب شكل التفكير :

يضطرب شكل التفكير بعدم قدرة المريض على التجريد الذى يحدث فى حالات الفصام[١] وتلف الدماغ الشديد، ويمكن أن نعرف اضطراب شكل التفكير فى أنه تفكك روابط التفكير واللغة الجديدة والتركيب غير المنطقى للافكار مما يخل بوظيفة التفكير :

٩- الاعراض المرضية التى تنشأ من اضطراب الحركة

١- تغرب الحركة الاحساس بأنها غريبة عن الشخص

(Alieneation of motor acts)

(أ) الافعال الوسواسية (Obsessive acts) حيث يتم الفعل ضد ارادته رغم أنه

---

(١) اعتبر بلولر (Bleuler)أن اضطرابات شكل التفكر فى الفصامى هو نقص فى الربط بين الافكار يؤدى الى عدم وضوح المفاهم، ويعزى ذلك الى التكثيف (Condensation) والنقل (Displacement) وسؤ استخدام الرموز (Misuse of symbols) .

- ومن دراسات شيندر للفصام اعتبر أن هناك ملامح خمسة لأضطراب شكل التفكر هى :-

(١) انزلاق فكرة رئيسية على أخرى فرعية (Drailment)

(٢) الاستبدال (Substitution)

(٣) الاختصار (Omission)

(٤) التجميع (Fusion)

(٥) الخلط غير المرتب للأجزاء المكونة لفكرة واحدة (Drivelling) .

ويلاحظ أن هذا المفهوم (شكل التفكير) غير واضح الى الآن ويفضل عدم استخدامه لما قد يحدثه من لبث .

يدرك أنها تخصه كما يحدث فى الوسواس القهرى وقد تسمى بالطقوس (Compulsive Rituals) وهى أفعال لاتقاوم وتكرر نتيجة لنزعة داخلية وقد تأخذ أحد الاشكال الآتية :-

- نزعة قهرية لشرب الكحول (Dipsomania)
- نزعة قهرية وحاجة مسرفة للجنس لدى الأنثى (Nymphomania)
- نزعة قهرية وحاجة مسرفة للجنس لدى الرجل (Satyriasis).
- نزعة قهرية لشد الشعر (Trichotillomania)

(ب) التفعيل (Acting out) وهو التعبير المباشر عن نزعة لاشعورية بفعل ما، حيث ينفذ الخيال اللاشعورى فى سلوك اندفاعى.

(ج) السيطرة الخارجية (External control) يفقد المريض تحكمه ويدرك أن أفعاله غريبة عنه وضد ارادته، ويؤكد المريض أنها ليست خاصة به، وأن قوى خارجية هى التى تحكمه كما يحدث فى الفصام.

(د) شبه السيطرة الخارجية (As if externally controlled) بعض مرضى القلق يصبحون غير قادرين على أداء نشاطهم، وقد يشعرون أنهم كما لوكانوا محكومين بتأثيرات غريبة.

٢- اضطراب الحركات التكيفية (Dist. of adaptive movements)

(أ) اضطراب الحركات التعبيرية (Dist.of Expressive movements) وتحدث فى الوجه والذراعين واليدين والجذع العلوى وتشمل :

(١) تقطب ما بين الحاجبين (Omega sign) وتحدث فى مرض الاكتئاب.

(٢) نقص تعبير الوجه وحركته كما يحدث فى الاكتئاب.

(٣) تصلب الوجه غير المعبر والذى يشمل عين ترقب ما يحدث حولها

وكأنها تنظر الى العالم من خلال قناع .

(٤) البكاء والدموع كما يحدث فى الاكتئاب.

(٥) نقص الحركة التعبيرية وبطئها كما يحدث فى الاكتئاب

(٦) زيادة الحركة التعبيرية كما يحدث فى الهوس

(ب) اضطراب الحركات التفاعلية (Dist. Of reactive movements)[١]

حيث تفقد هذه الحركات التفاعلية فى حالات باركنسون وتزيد وتكون فجائية فى حالات القلق الشديد.

(ج) اضطراب الحركة ذات الهدفالموجه (Dist. Of goal directed movements)

(١) بطء الحركة(Motor retardation)وقد تسمى البلاده الحركية (Abulia) نقص النزعة للفعل والتفكير المرتبط بعدم التمايز حول نتائج الفعل ويرتبط بالقصور العصبى.

(٢) انعدام الحركة (الذهول) (Stuper)

(٣) الحركات الغريبة المشوهه (Bizarreness)

(٤) التكلف التصنع (Mannerism) وهوالتردد غير العادى لفعل حركى هادف.

٣-اضطراب الحركات غير التكيفية :

(أ) اضطراب الحركات التلقائية (Dist.of spontaneous movement)

(١) زيادة الحركات المعتادة فى حالات القلق مثل حك الرأس ولمس الأنف.

(٢) اللوزام (Tics) وهى انقباضات فى عضلة اومجموعه من العضلات لا

---

(١) وهى الحركات التلقائية التى تحدث كإستجابة لمثر جديد مثل (الهرب عند مواجهة موقف يهدد حياة الإنسان) .

ارادیا.

(٣) الرعشة (Tremors) وهى حركات ايقاعية لا ارادية تنتج من تبادل الانقباض والانبساط للمجموعات المتقابلة من العضلات ومنها :

- الرعشة أثناء السكون (Static tremors) فى اليدين والرأس والجذع وتحدث فى حالات مثل القلق والهستريا ومرض باركنسون.

- الرعشة كتفاعل للخوف الحاد (Shell-shock) وكانت تحدث للجنود فى الحرب العالمية ليظلوا بعيدين عن ميدان الحرب ويستمر كرعشة هستيرية .

- الرعشة القصدية (Intention tremors) وتحدث فى حالات اضطرابات المخيخ والتصلب المتناثر .

(٤) الصعر التشنجى (Spasmodic torticollis) وهوتقلص فى عضلة الرقبة يجعل الرأس يميل الى نفس الجانب وتدير الوجه تجاه الجانب الآخر.

(٥) الرقص (الكوريا)(Chorea) وهوحركات شبه هادفه مفاجئه لا ارادية سريعة غير منتظمة فى الوجه والأطراف.

(٦) الكنع (Athetosis) وهو حركات لا ارادية مترددة بطيئة مثل حركة الثعبان أوالكتابة.

(٧) الشلل المؤقت (cataplexy) وهى حالة مؤقته من الشلل الناتج عن انفعالات متفاوته.

(٨) الآلية الحركية (automatism) الأداء الآلى للافعال معبرا عن نشاط لاشعورى.

(٩) الفوران النفسى الحركى (Psychomotor agitation) وهو كثرة الحركة غير المثمرة والمعبرة عن توتر داخلى شديد.

(١٠) الزلز (Akathesia) شعور داخلى بتوتر عقلى يسبب عدم الاستقرار

وتكرار الجلوس والوقوف .

(ب) **اضطرابات الحركات المستحثة** (Dist. of induced movements)

(١) الطاعة الآلية (Automatic obedience) يفعل المريض كل ما يطلب منه كأن يطلب منه اخراج لسانه والتقاط قلم به من على الأرض.

(٢) المرونة الشمعية (Wax flexbility) حيث يضع الفاحص أحد أطراف المريض فى وضع ما ويظل المريض محتفظا بهذا الوضع لفترة أطول مما يمكن للشخص العادى كما فى الفصام الكتاتونى.

(٣) المحاكاة الحركية (Echopraxia) كما فى حالات الخرف والتخلف العقلى وتغيم الوعى والفصام الكتاتونى .

(٤) الأسلوبية (Stereotypy) وهى حركات غريبة يكررها المريض دون قصد مثل حركة غسيل اليدين.

(٥) الوظوب الحركى (Perseveration of movements) وهوالترديد المرضى لنفس الاستجابة لمختلف الأسئلة. . **وهناك أنواع للوظوب وهى :-**

- استمرار الترديد حتى يتلقى تعليمات أخرى ويطلق عليه الترديد الاجبارى ويكثر فى الفصام المزمن (Compulsive repitition)
- التكرار يظل حتى بعد تلقى المريض لأمر آخر، ويطلق عليه صعوبة النقلة (Impairment of switching) ويحدث فى حالات الفصام المزمن والخرف.
- الوظوب الفكرى (Ideational perseveration) وهوما يحدث فيه تكرار الحركة أثناء تنفيذ ما يطلب منه.

(٦)التفاعل المغناطيسى (Magnet reaction) حيث يلمس الفاحص يد المريض ويتركها بسرعة فيحاول المريض متابعتها كما يحدث فى الفصام الكتاتونى وتلف المخ الشديد.

(٧) علامة متجهن (Mitghen sign) حيث يضع الطبيب اصبعه على قفا المريض ويضغط بخفه فينحنى المريض ويظل ينحنى حتى ينكفئ على وجهه، وحين يرفع الطبيب يده يعود المريض الى وضعه الأول.

(٨) المعاكسة (العناد) (Opposition) وفيها يقاوم المريض الحركات التى يحاول الفاحص عملها.

(٩) السلبية (Negativsm) وهى العناد الزائد والمقاومة دون هدف لكل محاولات الطبيب لفحصه وتحدث فى الكتاتونى والمتخلف وعته الشيخوخه.

(١٠) ثنائية القصد (Ambitendency) [1]المريض يفعل حركات مبدئية لا تصل الى هدف عندما يتوقع منه القيام بفعل ارادى.. مثل الفاحص الذى يمد يده للمصافحه ويمد المريض يده ولكنه يوقفها ثم يمد ثم يوقف.. ثم يكرر ذلك حتى تصل يده لوضعها الطبيعى دون مصافحه، وعندما يمسك الفاحص يده فان التردد يختفى وتظهر السلبية.

٤- اضطراب الوضعة (Disturbance of posture) :-

وهى الحالة التى يوجد عليها جسم المريض.

(أ) الوضعة المتكلفة (Manneristic posture) وهى المبالغة فى وضع معتاد وهى فى بعض الفصاميين لها علاقة بالضلالات الموجودة.

(ب) الوضعة الأسلوبية (Stereotyped posture) مثل الكتاتونى الذى يجلس على مسند نفسى(Psychological pillow) أعلى من المسند الذى يوجد قليلا وكذلك عته الشيخوخة.

(ج) المحافظة على الوضعة (Perseveration posture) يحافظ المريض على وضعه لفترة طويلة أوالوضع الذى وضعه الفاحص، ويحس الفاحص تصلب

---

(١) اعتبرها بلوير) تعبير عن ثنائية الوجدان.

مثل قضيب الشمع (المرونة الشمعية Wax flexibility)، وقد لا توجد مقاومة للفاحص عند تحريك المريض ولكن بمجرد تركه يأخذ المريض فى الانقباض للمحافظة على الوضع الجديد وتسمى (الجمدةCatalepsy) كما يحدث فى الكتاتونى وأورام الدماغ الأوسط والاضطرابات الوعائية الدماغية.

٥-الانماط المركبة من السلوك غير السوى :-

(أ) أنماط سلوكية غير هادفة وتشمل :-

(١) الذهول (stuper): وهوحالة فقد الحركة والكلام وعدم التفاعل مع المثيرات الخارجية، وقد يحدث فى حالات عصاب الخوف والهستيريا والاكتئاب والذهان الدورى والفصام الكتاتونى وتلف الدماغ الشديد الذى يصيب البطين الثالث والمهاد والدماغ الأوسط وحالات نوبات الصرع الصغرى المستمرة. (P.M.)

(٢) التهيج (Excitement) : وهوالسلوك المضطرب غير المنضبط ويحدث بصفة ثانوية لفصام الاضطهاد والهوس وبعض الشخصيات المضطربة، ويحدث بصفة أساسية فى حالات التصلب الكتاتونى وتلف الدماغ الشديد والاكتئاب المتأجج (Agitated depression) والهذيان والصرع وحالات شرب الكحول المرضى.

(ب) أنماط سلوكية غير سوية هادفة :-

(١) السلوك الطفلى (Childish behaviour) كما فى حالات الفصام.

(٢) بعض النكات العملية فى حالات الهوس واضطراب الشخصية.

(٣) السلوك العدوانى الهادف مثل القتل المرتبط بضلالات الخيانة (قتل الزوجة)، الاضطهاد (يقتل مضطهديه)، أوضلالات الاصابة بالجنون

الذى لا يبرأ والذى انتقل منها الى أطفالها فتقتلهم انقاذا لهم من هذا الجنون.

(٤) الدعارة كسلوك هادف يسعى اليه ويمارسه مريضات التخلف وتلف الدماغ الشديد والهوس والفصام.

(٥) الانحراف الجنسى الذى يحدث فى تلف الدماغ الشديد والفصام.

١٠- الاعراض المرضية التى تنشأ من اضطراب وظيفة الكلام :

(Speech Disturbances)

١- الحبسة (Aphasia) :

وهى اضطراب فى وظيفة الكلام نتج عن اصابة بعض المراكز الدماغية التى تقوم بها وقد تكون :

(أ) حبسة حركية أو تعبيرية (Motor or expressive aphasia) والمريض هنا يفهم ولكنه لا يستطيع التعبير.

(ب) حبسة التسمية (Nominal or Amnestic aphasia) والمريض هنا لا يستطيع تسمية الأشياء رغم أنه يعرفها.

(ج) حبسة الفهم (Receptive aphasia) لا يستطيع المريض فهم الكلمات المسموعة اوالمكتوبة.

(د) عمى الكتابة (Word blindness) وهى عدم القدرة على معرفة الكلمات المكتوبة ويطلق عليها(Alexia)

(هـ) صمم الكلمات (Word deafness) عدم فهم الكمات المسموعة رغم أن الكلام والقراءة والكتابة تكون طبيعية.

(و) الحبسة الشاملة (Global aphasia) وهى فشل المريض فى كل من الفهم

والتعبير.

(ز) حبسة الكتابه (Agraphia) عدم قدرة التعبير بالكتابة وفقدان مقدرة بناء الكلمات.

(ح) حبسة الخلط (Syntactical aphasia) وهو عدم القدره على ترتيب الكلمات بصورة صائبة.

(ط) حبسة جارجون (Jargon aphsia) نطق كلمات مصطنعة من لغة خاصة بالمريض وليست لها معنى ومكررة مع تغير نغمة الصوت.

٢- **التهتة (اللجلجة)**(Stammering) : وهى تقطع التدفق الطبيعى للكلام بواسطة فترات سكون أوترديد لأجزاء من الكلمة، وتصاحبها حركات تقلصية فى عضلات الوجه أوحركات تشبه اللوازم.

٣-**البكم** (Mutism) : وهوعدم القدرة على اخراج أى كلام، ويحدث فى بعض اضطرابات الاطفال النفسية والهستيريا والإكتئاب والفصام وتلف الدماغ الشديد. . وهناك بكم الكلمة فقط (word dumbness) حيث يكون المريض أبكم ولكنه يستطيع القراءة والكتابة.

٤- **التعبير بلغة جديدة** (Neologism) :وهى استخدام المريض لألفاظ مركبة خاصة به لا يمكن فهمها وتحدث فى حالات الفصام.

٥- **اختلاط الكلام وتشوشه** (Speech confusion or schizophasia) : حيث يتحدث المريض فيكون كلامه مشوشا (مختلطا) ويحدث هذا فى مرض الفصام وتسمى سلطة الكلام (Word salad)

٦- **الثرثرة** (Volubility) : وهى كثرة الكلام بدون سبب مناسب ولكنه منطقى ومتسق.

٧- **ضغط الكلام**(Pressure of speech) : وهو الكلام السريع الايقاع الزائد فى كميته وعكسه فقر الكلام الذى يكون مقتضبابصورة شديدة.

٨- **ترديد ألفاظ قذرة** (coprolalia) : وهو ترديد لألفاظ قذرة ناتج عن قهر أو حاجة داخلية لاتقاوم.

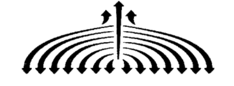
٩- **نشاز الكلام** (Dysprosody) : وهو فقد إتساق الكلام من حيث نغمته.

١٠- **تعثر النطق** (Dysartheria) : صعوبة نطق الكلمات وإخراجها.

١١- **الترديد بلا معنى لكلمات او جمل معينة** (Verbigeration) :

ويوجد تشابه بين اضطراب الحركة (الذى سبق تفصله) وبين اضطراب الكلام من حيث الترديد فهناك.

- رجع الكلام (Echolalia)
- أسلوبية الكلام (Stereotypy)
- الوظوب فى الكلام (Perseveration of speech)



الفصل الثانى

المقابلة والفحص النفسى والتشخيص

مقدمة

لا شك أن هدف المهنة الطبية هوتخفيف المعاناة عن الانسان عن طريق تقديم العلاج لكن، هناك خطوة تسبق تقديم العلاج وهى تشخيص المرض،

وتشخيص المرض يشتمل على خطوات أخرى هى :

١- أخذ التاريخ المرضى.

٢- فحص المريض.

٣- عمل الفحوصات المعملية والاختبارات اللازمة.

٤- تجميع الدلالات التى تم الحصول عليها من الخطوات السابقة وتشمل بيانات خاصة بالمريض بالاضافة إلى الاعراض والعلامات المرضية.

٥- تحليل هذه البيانات وتشمل :

أ- تفسيرها وفهمها .

ب- تصنيف هذه الدلالات .

٦- وضع افتراضات تشخيصية بناء على هذه الدلالات (التشخيص الفارق) .

٧- مقارنة هذه الدلالات وعلاقتها بالافتراضات المقترحة (بمعنى ما هو (Diffrenrtial Diag.) مع الافتراض الأول من دلالات ؟ وما هوضده ؟ أى ما يتفق مع هذا الافتراض وما يختلف) .

٨- التشخيص (Diagnosis) والمقصود به الصياغة التشخيصية.

وسوف نعرض فى الصفحات التالية لكل من هذه الخطوات حتى يتسنى لنا الوصول إلى تشخيص نقدم له العلاج المناسب .. ولكن قبل إجراء المقابله علينا أن نذكر **أن هناك فنيات يجب أن تراعى فى المقابله وهى مهارات إجراء المقابلة الطب نفسية وتشمل :-**

١- إقامة علاقة مع المريض يسودها التفهم(empathy) وليس الاندماج التعاطفى (Sympathy)

٢- تحديد شكوى المريض الأساسية وإستخدامها مع باقى الاعراض المستخلصة فى عمل تشخيص فارق مبدئى مع إستبعاد الاحتمالات التشخيصية الأخرى من خلال أسئله مركزة .

٣- تتبع الاجابات الغامضة بمثابرة ودقة لتحديد اجابة واضحة .

٤- اعطاء المريض فرصة يتحدث خلالها بحرية لملاحظة كيف تتسق افكاره.

٥- إستخدام أسئلة مفتوحة النهاية مع أسئلة مقفوله النهاية أحيانا أخرى .

٦- عدم التردد فى الاستفسار عن كل نواحى المريض بما فى ذلك الموضوعات التى قد تكون محرجة للفاحص أو المريض .

٧- الاستفسار عن الافكار والميول الانتحارية .

٨- اعطاء المريض فرصة ليسأل بعض الأسئلة عند نهاية المقابلة .

وأحيانا يكون المريض عدوانيا وأحضر مكبلا بالقيود ، وهنا على الفاحص أن يتحدث إليه ليعرف مدى فهمه للواقع وهل يمكن إجراء المقابله معه أم لا ؟ وإذا وجد خللا فى فهم الواقع يعطى عقاقير ، أما إذا أمكن إجراء المقابله فإن إزالة القيود من عدم ازالتها يعتمد على تقدير الفاحص، لأن ذلك يرتبط بسلامة المريض والمحيطين به ، والمريض العدوانى يجب عدم إجراء المقابلة معه فردية ولكن فى وجود شخص آخر على الأقل يحرسه ، أو ترك باب حجرة الفحص

مفتوحا.. وإذا كان المريض ضلاليا على الفاحص ألا يجادله فى ضلالاته ولكن يجعله يتكلم عن مشاعره ومخاوفه وآماله والتى تكمن خلف ضلالاته .

١- التاريخ المرضى

وهوعبارة عن المعلومات والدلالات التى يتم جمعها من المريض أو المرافقين له أثناء المقابلة الإكلينيكية وتشمل :

١- بيانات التعريف وتشمل :

- الإسم
- السن
- الجنس (ذكر - انثى)
- الجنسية
- الديانة
- مستوى التعليم
- الحالة الاجتماعية
- عدد الاطفال وجنسهم
- المهنة (الوظيفة)
- العنوان

بالإضافة إلى وصف لبنيان المريض الجسمانى ولون بشرته وعينيه وشعره وملابسه ودرجه اهتمامه بمظهره وطريقه كلامه وهيئته أثناء الدخول إلى الطبيب .

ويلاحظ أن تلك البيانات مع هذا الوصف يتم دمجهما معا بأسلوب أدبى حيث يتم نقل الصورة للشخص مع البيانات بطريقة أقرب إلى التكامل، فيكون هكذا (على سبيل المثال) فلان ذكر طويل القامة أسمر اللون ممشوق القوام معتدله ذو عينين عسليتين وشعر مجعد فاحم اللون، يرتدى ملابس متناسقة الألوان مناسبة لسنه الذى تخطى الثلاثين عاما بشهور ثلاثة، وهومصرى مسلم حاصل على بكالوريوس التجارة يعمل محاسبا، تزوج منذ خمسة أعوام ولديه ولد واحد عمره ثلاثة أعوام ويقطن بضاحية مصر الجديدة .

٢-التحويل (referal)

- مصدر التحويل .
- سبب التحويل .

٣- الشكوى (Complaint) **وتشمل :**

- من المريض نفسه (بكلماته كما يقولها) .
- من الأهل أو المرافقين له.

ويلاحظ هنا أننا إذا ترجمنا شكوى المريض والمرافقين له إلى اللغة الطبية (أى ترجمتها إلى أعراض وعلامات مرضية)، فان ذلك سوف يساعد على عمل افتراضات تشخيصية يمكن إثبات بعضها ونفى البعض الآخر من خلال المقابلة .

٤-تاريخ المرض الحالى و يشمل :

- البداية (Onset) : كيف بدأت الشكوى؟ والظروف التى رسبتها ؟
- المسار (مسار الشكوى) (Course) هل تتزايد الشكوى مترقية (Progressive) أو متراجعة (regressiv) أوثابته (Stationary) أو متموجة (Fluctuant)؟
- المدة التى مضت منذ ظهور الشكوى حتى اللحظة الحاضرة .
- تدرج الشكوى الزمنى والأعراض التى صاحبت هذا التدرج .
- الأعراض النفسية الأخرى الموجودة حاليا والتى صاحبت أو أعقبت الشكوى وتفصيلها، وهى الأعراض المرضية التى نشأت من إضطراب الوظائف النفسية، (التى سبقت الإشارة إليها) بالاضافة إلى أعراض اضطراب العلاقات الاجتماعية والعمل.

- الأعراض الجسمانية الموجودة حاليا أيضا .
- العلاج الذى أخذ وتأثيره ومقدار التحسن الذى طرأ بسببه.
- هل أدخل مستشفى بسبب هذه الشكوى؟ المدة التى قضاها ؟ ومقدار التحسن؟

٥- التاريخ المرضى السابق ويشمل :

- حدوث حالة مشابهه فى السابق، متى كانت؟
- وما العلاج الذى أخذ ؟ وما هى الاستجابة لهذا العلاج؟
- اضطراب نفسى أوعقلى آخر، وما هو؟وماذا كانت مظاهره الأكلينكية ؟ متى حدث ذلك؟ وبماذا تحسن؟
- مرض طبى أو جراحى له علاقة بالحالة المرضية الحاضرة.

٦- التاريخ العائلى (F.H)

- وجود حالة مشابهه فى الأسرة .
- وجود حالة مرضية نفسية أو عقلية أخرى لدى أحد أفراد الأسرة.
- وجود صلة قرابة بين الوالدين.

• الاب :

- حى أو متوفى.
- عمره (إن كان على قيد الحياة).
- سبب الوفاة (إن كان متوفيا)

- مهنته .
- بناؤه الجسمانى
- سماته الشخصية
- طاقته وعلاقاته الاجتماعية
- مزاجه (Temperament)
- حالته الصحية والاقتصادية (ان كان منفصلا)
- علاقته بالمريض

• الأم

- متوفية أوعلى قيد الحياة
- عمرها (اذا كانت على قيد الحياة)
- سبب الوفاة (اذا كانت متوفية)
- مهنتها
- بناؤها الجسمانى
- سماتها الشخصية
- طاقتها وعلاقتها الاجتماعية
- مزاجها (Temperament)
- حالتها الصحية والاقتصادية (اذا كانت تعيش منفصلة)
- علاقتها بالمريض

• الاخوة

- عددهم
- عمر كل منهم
- وظيفة كل منهم
- الحالة الاجتماعية لكل منهم
- علاقاتهم بالمريض

٧- التاريخ الشخصى ويشمل :

(١) مرحلة ما قبل الولادة :

- حالة الأم أثناء الحمل (مريضة جسمانيا أونفسيا أوتعاطت عقاقير) .
- الموقف من الحمل (مرغوب أوغير مرغوب) .
- الموقف من جنس المريض (ذكر أوأنثى) (مرغوب أوغير مرغوب) .
- اكتمل الحمل (تسعة شهور) أم كان غير مكتمل
- الولادة (طبيعية - قيصرية - متعسرة)

(٢) مرحلة الرضاعة (من الولادة إلى سن عامين) .

- الرضاعة (من الثدى أومن مصدر خارجى) .
- الفطام وصعوبات الفطام (صدميا أم تدريجيا) .
- علامات النمو (Milestones) الجلوس والوقوف والمشى

(٣) الطفولة المبكرة (من العام الثالث إلى السادس)

- نمو الكلام .

- التحكم فى المخارج (Sphincter Control)
- علاقاته الاجتماعية (داخل الأسرة وخارجها) .
- الاحساس بالنفس واعتزازه بها .
- السمات العصابية الموجودة (مثل مص الإصبع وقضم الأظافر) .

(٤) الطفولة المتأخرة (من العام السادس وحتى الثانى عشر)

- الانجاز الدراسى .
- العلاقات الاجتماعية (داخل الأسرة وخارجها) .
- الجنس (علاقات جنسية مبكرة) .
- الاحساس بالنفس .
- السمات العصابية (مثل التهتهة التبول اللا ارادى قضم الأظافر).

(٥) المراهقة (Puberty)

- الإنجاز الدراسى (أو العمل والانجاز فيه) .
- العلاقات الاجتماعية (داخل الأسرة وخارجها) .
- الإحساس بالذات ونمو الشخصية .
- الناحية الجنسية - متى حدث البلوغ ؟
- الميول الجنسية (مغايرة أومثلية) .
- الممارسات الجنسية (علاقة مع الجنس الآخر مع نفس الجنس، الإستنماء أوالعاد السرية أخاييل جنسية موجودة) .
- السمات العصابية الموجودة فى فترة المراهقة.

(٦) نبذة عن التاريخ العملى

- السن عند بداية العمل .
- الوظائف التى عمل بها بالترتيب واسباب الانتقال من وظيفة لأخرى .
- الكفاءة التى كان ينجز بها كل من الأعمال السابقة .
- الاشباع الذى كان يحققه من خلال هذا العمل .
- العلاقات مع زملائه فى العمل .

(٧) نبذة عن أداء الخدمة العسكرية

- اذا كان أداها ، متى كان ذلك؟
- قدرته على التكيف خلالها .
- هل شارك فى خبرة الحرب وأثرها ؟

(٨) نبذة عن تاريخ الزواج والانجاب

- السن عند الزواج
- هل كان الزواج عن اختيار وحب ؟ أومرتب من قبل الاسرة ؟ أو إجبارى ؟ وما السبب ؟
- نوع العلاقة مع الزوجة (أو الزوج).
- شخصية الزوجة (أو الزوج) .
- مدة الزواج .
- عدد الاطفال (ذكور وإناث)وأعمارهم وأعمالهم وظروفهم الصحية

(جسدية ونفسية) وعلاقاتهم بالمريض .

- العلاقة الجنسية ومدى الاشباع المتحقق منها .

(٩) نبذة عن تاريخ الشخص الفكرى والعقائدى

- هل مر بتيارات فكرية أوعقائدية مختلفة ؟ ما هى ؟ ومتى كان ذلك ؟ وكيف؟

٨- الشخصية قبل المرض (Premorbid personality)

وتظهر من خلال معرفة ما يلى :-

- البنيان الجسمانى
- العلاقات الاجتماعية مدى اتساعها ، نشاطه الاجتماعى والدور الذى يؤديه من خلالها (هل هو قائد أوتابع أومعتمد) .
- سمته المزاجية (Temperament) اكتئابى - قلق - متقلب .
- الاهتمامات والهوايات .
- التوافق النفسى والاجتماعى .
- القيم والاتجاهات .

ونخلص من ذلك إلى أن نوع الشخصية هو (على وجه القطع أو التقريب) .. وسواسية أوشبه هستيرية.

٢- فحص المريض

وهوعبارة عن الدلالات (أو العلامات) المرضية التى يمكن للفاحص جمعها من خلال ملاحظته للمريض، أو من خلال الحوار مع المريض،وقت إجراء المقابلة، أو مع المرافقين الملاحظين لسلوكه ،ويلاحظ أن تاريخ المريض ثابت بينما فحص الحالة العقلية يمكن أن يتغيرمن يوم لآخر ومن ساعة لأخرى ،وحتى المريض الأبكم يمكن فحصه من خلال الملاحظة الدقيقة ،**ويشمل :**

١- المظهر العام :

- البنيان الجسمانى
- تعبير الوجه
- حالة الملابس (مناسبة أم لا لسنه وجنسه وثقافته) .
- الوضع الذى يتخذه المريض .

٢- تعاون المريض من عدمه وموقفه تجاه الفاحص.

٣- فحص الوظائف النفسية: بهدف إستخراج الأعراض المرضية التى تنشأ من إضطراب هذه الوظائف (كما تم توضيحه فى الفصل السابق) .

أ- الحركة : وتوصف من حيث الكمية والكيفية أو وجود حركات لا إرادية أومستحثة بواسطة الفاحص (مثل المرونة الشمعية) .

ب- الكلام : وصفه من حيث تدفقه وسرعته أوبطء إيقاعه أوتردده فى نطق الكلمات أوتهته أوتكرار.

ج- الوعى : ويوصف من حيث يقظته لادراك نفسه وما حولها بوضوح من عدمه.

د- الإنتباه : ويتم فحصه بأن يطلب من المريض أداء عملية حسابية بسيطة تناسب مستواه التعليمى وتتطلب التركيز، مثل طرح (٧) من (١٠٠)

متسلسلا وصولا إلى الصفر، أو أن يتهجى بعض الكلمات بعكس كتابتها ،ومن خلالها يرصد ما يعترى الانتباه من أعراض.

هـ -**الإهتداء** : (إدراك البيئة) حيث يسأل المريض عن إدراكه الزمان والمكان والأشخاص

و- **الإدراك** : حيث يسأل المريض عن إضطرابات الإدراك (مثل الهلاوس وخطأ التأويل) وتوصف من حيث محتواها والظروف التى تحدث فيها (مثل وجودها عند الدخول فى النوم) .

ز- **الذاكرة** : ويتم فحص الذاكرة المباشرة بإختبار الأرقام المفردة تصاعدية أوتنازلية (ستة أرقام) (Digit forward and backward)، والذاكرة قصيرة المدى تفحص بواسطة رواية قصة للمريض فى دقيقة أو اثنتان، ثم سؤاله عن أحداثها بعد عدة دقائق من الحديث فى شئ آخر أو بتحفيظه اسم وعنوان ورقم تليفون ثم سؤاله عنها فى نهاية المقابلة (أوبعد عدة دقائق)، أما ذاكرة الأحداث البعيدة فيتم فحصها من خلال التاريخ المرضى وتذكره لأحداث الطفولة، بالاضافة إلى سؤاله عن بعض الاحداث العامة (القومية) التى وقعت من فترة طويلة.

ح- **الوجدان** : ويتم فحصه بملاحظة الطبيب للتعبير الخارجى (Expression) ثم سؤال المريض عن شعوره الداخلى(Subjective feeling)، ويوصف الوجدان من حيث العمق والشدة والمدة ومناسبة الوجدان للموقف من عدمه.

ط- **التفكير** : لكى يتم فحص التفكير يجب أن نتذكر مكوناته (كما سبق تفصيلها) من قوة متحكمة فى التفكير ومسار ومحتوى وهدف ...الخ، ونصف كلا منها من خلال ما يقوله المريض فى التاريخ المرضى أو ما نسأله عنه بشكل مباشر (مثل هل هناك من يضطهدك أو يحاول إيذاءك) .

٤- **الذكاء:** ويتم تقديره من خلال المقابلة الإكلينيكية على وجه التقريب من خلال السؤال عن بعض المعلومات العامة والمستوى الدراسي والانجاز الوظيفى.

٥- **الإستبصار**(Insight) : ويقصد به معرفة المريض ودرايته بمرضه ورغبته فى العلاج وللاستبصار مستويات تشيرر إلى قدرة المريض على إختبار الواقع وفهمه وهى :-

أ- عدم الاستبصار الكامل : الذى فيه ينكر المريض تماما ما به من مرض.

ب- الاستبصار الجزئى : الذى يعى فيه أنه مريض ولكنه يلوم الآخرين أو العوامل الخارجية أو العوامل العضوية أو يرجع المرض الى شئ مجهول بداخله.

ج- الإستبصار العقلى : الذى فيه يقر المريض أن مرضه وفشله فى التكيف الاجتماعى ترجع الى مشاعره الخاصة غير المنطقية دون أن يطبق ذلك فى المواقف التالية :

د- الإستبصار الانفعالى: الحقيقى الذى يعى فيه الشخص بمشاعره ودوافعه ويؤدى ذلك الى تغيرات أساسية فى سلوكه المرضى .

٦- **الحكم على الأمور**(Judgement) : ويتم تقييمه من خلال أخذ التاريخ المرضى ومعرفه كيف يحكم المريض على الأمورالاجتماعية ؟ وهل يفهم نتائج سلوكه ويقدرها ؟ ويمكن التأكد بطرح موقف افتراضى عليه ومعرفة حكمه وتصرفه فى هذا الموقف.

٧- **تكامل الشخصية** (Integration) : وهذا يقدره الفاحص فى نهاية فحص الحالة العقلية هل الشخصية متماسكة ومتكاملة أم غيرمتماسكه؟أى مفككة (Disintegrate)

٧- **الفحص الجسمانى :** ويشمل الفحص العام وأجهزه الجسم المختلفة وفحص الجهاز العصبى.

٣- الإستقصاءات المعملية والإختبارات

وهى الوسائل التى نلتجأ إليها بهدف إستكمال الدلالات والمعلومات عن المرض أو تأكيد أحد الإفتراضات التشخيصية دون غيرها، ومن الفحوصات المعملية :

(١) **تحاليل طبية :** مثل معرفة نسبة السكر بالدم أو الكولسترول بالدم أو نسبة الهيموجلوبين، أوتحليل السائل النخاعى (CSF)

(٢) **فحوصات بإستخدام الاشعة:** (X-Ray) كالتى تجرى لفحص الجمجمة أو العمود الفقرى

(٣) **تخطيط الدماغ الكهربائى :** ويكشف فى بعض الحالات عن وجود إضطراب فى النشاط الكهربائى للدماغ مما يشير إلى إضطراب وظيفة الدماغ ويكون ذلك بؤريا أو موزعا(Focal or Generalized) فى منطقة ما أو فى كل مناطق الدماغ ، **ويستخدم فى حالات :**

أ- الشك فى وجود صرع .

ب- الخرف والهذيان .

ج- تغير درجة الوعى والتصرفات الأوتوماتيكية وإصابات الرأس والهلاوس والظواهر الإنشقاقية .

وهو ليس فحصا حساسا ، فبعض مرضى الصرع لا يظهر تخطيط الدماغ الكهربى الروتينى تغيرا لديهم ، لذلك تستخدم فنيات لاستثارة النشاط غير السوى مثل :

١- الإثارة الضوئية .

٢- سرعة التهوية .

٣- الحرمان مَن النوم .

٤- وضع أقطاب فى المنطقة الأنفية البلعومية للإقتراب من المناطق الطرفية (Limbic) والفص الصدغى .

وأحيانا يتم تسجيل تخطيط الدماغ كهربائيا طوال فترة النوم مع تخطيط القلب والعضلات من خلال جهاز مطور (مخطط النوم متعدد الاغراض (Poly somnography)، الذى يضيف الى قياساته أحيانا رصد إنتصاب القضيب أثناء النوم ، وتسجيل نسبة الأكسجين فى الدم وحركة الجسم ودرجة الحرارة واستجابة الجلد الجلفانية ونسبة افراز الحامض .

كما يتم إستخدام نفس الأقطاب والتوزيع المتبع فى تخطيط الدماغ الكهربى لمعرفة كيف تستجيب قشرة المخ للإثارات الحسية الخاصة عن طريق **قياس فرق الجهد المستثار (Evoked potential)**، سواء كانت الإثارة سمعية أو بصرية أو لمسية، حيث تكرر الإثارة عدة مرات ويسجل تخطيط الدماغ ، وتؤخذ متوسطاتها بواسطة الكومبيوتر وتعطى النتيجة فى منحنى ، تمثل الموجات الموجبة فيه لأسفل والسالبة لأعلى ، وتصنف موجاته الى مبكره (أقل من ٥٠ ميلى ثانيه) ومتوسطه (٥٠ - ٢٥٠ ميلى ثانيه) ومتأخرة (أكثر من ٢٥٠ ميلى ثانية)، وإنتقال المعلومة الحسية من عضو الحس الى القشرة الحسية الأولية ينعكس فى المكونات المبكرة ،أما تزايد التعقيد المعرفى والنفسى للمعلومة الحسية فينعكس فى المكونات المتأخرة .. ويستخدم فى التعرف على إضطرابات نزع الميلين مثل التصلب المتناثر (M.S.)، ولكن نتائجه تتأثر بالانتباه والاجهاد والقهوة والتدخين وعمر الشخص والتغيرات اليومية ، كما تتأثر بأخطاء تخطيط الدماغ .

ولقد صممت برامج كومبيوتر لترجمة تخطيط الدماغ وفرق الجهد المستثار (Evoked potential) فى أشكال تعطى صورة واضحة عن الدماغ وتوضح على خريطة طبقية للدماغ وتستخدم مدرج الألوان لتشير إلى أى أجزاء الدماغ أكثر أو أقل نشاطا .. كما استخدم الكومبيوتر فى رصد المجالات المغناطيسية الدقيقة

التى تحدث كنتيجة للنشاط الكهربى للخلايا العصبية وتحليلها لإعطاء معلومات عن التراكيب القشرية وتحت القشرية فيما يسمى بتخطيط الدماغ المغناطيسى (Magnetoencephalography)

٤- التصوير الطبقى للدماغ بإستخدام الكومبيوتر:

وهويصور طبقات الدماغ المختلفة من حيث وجود ورم أو وذم أو احتشاء وفى أى طبقة من الدماغ .

إستخداماته فى الطب النفسى:-

أ- إستبعاد اضطرابات الدماغ العضوية مثل الأورام والاضطرابات الوعائية خاصة فى الحالات الآتية :

١- الكتاتونيا .

٢- تغير فى الشخصية بعد سن الخمسين .

٣-قصور معرف لوحظ فى فحص الحالة العقلية .

٤- الحزف أو الهذيان .

٥- اضطرابات الأكل .

٦- شذوذات تخطيط الدماغ .

٧- نوبة اضطراب وجدانى لأول مرة بعد سن ٥٠ سنة .

٨- نوبة الذهان الأول بعد سن ٥٠ سنة .

٩- علامات عصبية بؤرية .

١٠- تاريخ تعاطى كحول .

١١- تاريخ إصابة للرأس .

١٢- تاريخ تشــنجات

١٣- اضطراب الحركة .

ب - الإستخدام فى أغراض البحث العلمى :

وهناك حالات يفضل فيها إستخدام التصوير المقطعى بدلا من الرنين المغناطيسى وهى :

١- عدم وجود خلل محدد موضعيا .

٢- عدم وجود مرض بعينه يفضل فيه إستخدام الرنين المغناطيســى .

٣- الشك فى مرض يوضح بواسطة التصوير المقطعى مثل الأورام السحائية (أولية أو ثانوية) ، آفات الغدة النخامية ، الآفات التكلسية (Fahr's Dis)، النزف الحاد تحت الأم الجافية أو الاحتشاء الخلوى (Parenchymal)

٤- حالات يحذر فيها عمل الرنين المغناطيسى مثل وجود منظم لضربات القلب ، أو وجود جسم مغناطيسى غريب ، أو الحمل .

وتوجد بعض حالات الطب النفسى التى يفضل فيها إستخدامالرنين المغناطيسى على التصوير المقطعى وهى :-

١- الشك فى أحد المناطق التشريحية الآتية الفص الصدغى ، المخيخ ، التراكيب تحت القشرية ، جذع الدماغ ، النخاع الشوكى .

٢- الشك فى مرض محدد مثل اضطرابات المادة البيضاء أو اضطرابات نزع الميلين (demyelinating) أو بؤرة صرعية أو الحزف أو الاحتشاء ، أو الأورام غير السحائية أو الخلل الوعائى ،أو مرض هنتــجتون والاضطرابات التنكسية (Degenerative)

٣- لدى الاطفال فى فحص تراكيب الحفرة الخلفية من الجمجمة ، الفص الصدغى أو التراكيب الموجودة فى وسط الدماغ .

٤- فى حالات يحذر فيها عمل التصوير المقطعى مثل تجنب التعرض للاشعاع ، أو إستخدام مادة أيودنينيه أساسا لاظهار الخلل ، أو فى حالة التدخل عن طريق الوريد

وقد يلزم استخدام الرنين المغناطيسى بعد التصوير المقطعى فى حالة وجود شذوذ لايمكن تشخيصه ، أو ظهر طبيعيا ولكن فيه شك قوى بسبب أعراض نمطية أو مسار غير نمطى ، أو طبيعى ولكن هناك حاجة للتأكد انفعالية أو اكلينيكية .

وهناك تقنيات حديثه لقياس العمليات الأيضية وقياس تركيزات العقاقير ذات النشاط النفسى فى الدماغ من خلال أجهزة الرنين المغناطيسى الاسبكتروسكوبى (MRS) (Magneic Resonance Spectroscopy)، وهو يرصد عددا متفاوتا من الأنوية الذرية للهيدروجين والصوديوم والبوتاسيوم والكالسيوم والأكسجين والفوسفور و الليثيوم(F19)، بينما يرصد جهاز الرنين المغناطيسى (MRI) نواة ذرة الهيدروجين فقط لتحديد تركيب الدماغ، ويوجد أيضا الماسح البوزيترونى الاشعاعى(P.E.T.)(Positron Emission Tomography)الذى يعطى أوضح صور للدماغ ويستخدم فى :

١- متابعة نمو الدماغ الطبيعى .

٢- دراسة الاضطرابات النفسية العصبية .

فمثلا كشف قياس تركيز الليثيوم فى الدماغ فى إحدى الدراسات التى اجريت على مصابى الاضطراب ثنائى القطب أن تركيزه فى الدماغ خلال فترات الاكتئاب نصف تركيزه فى البلازما ، ولكن فى فترات الهوس يرتفع الى أكثر منه فى البلازما ، وذلك بإستخدام الرنين المغناطيسى الاسبكتروسكوبى .

والاختبارات النفسية تستخدم لنفس الهدف وهوتأكيد التشخيص أو استكمال المعلومات اللازمة لتأكيد أحد الافتراضات التشخيصية وهى متنوعة، ومنها مايقيس معدل الذكاء ومنها ما يقيس الميول العصابية أو الذهانية، وهناك

ما يدل على نمط الشخصية وما يكشف عن أمراض معينة وما يكشف عن وجود الإصابة العضوية.

ومن الاختبارات النفسية المتاحة ما هو موضوعى مثل :

* إختبار الشخصية المتعدد الأوجه (Minnesota Multiphasic pecson ality Inventory) (MMPI) الذى يكشف عن نوع الشخصية والسمات المرضية الغالبة .

* اختبار أيزنك للشخصية (Eysenk personality ques.) وهو يقيس أبعاد الشخصية من الانبساط والانطواء و العصابية والذهانية ودرجة الكذب.

ومنها ما هو اسقاطى مثل :

* إختبار تفهم الموضوع (Thematic Apperception Test)(T.A.T.) الذى يكشف عن الديناميات النفسية .

* إختبار الروشاخ الذى صمم بواسطة هرمان رورشاخ عام ١٩١٠ (Rorschach test) وهو عباره عن بطاقات لبقع من الحبر يسقط عليها المغحوص تصوراته وتحلل الاستجابات على أساس تصوره لتلك البقع من أشكال وما بها من حركة وألفه .

* إختبار اكمال الجمل الناقصة (Sentence completion test) وهو يقيس القدرة اللغوية لدى الشخص ولكنه أساسا اختبار اسقاطى لفهم الديناميات النفسية.

وهناك إختبارات لقياس الذكاء مثل :

* رسم شخص الذى يسمى جود إنف (Goodenough test) نسبة الى واضعة أسسه، حيث يقوم الشخص برسم رجل ولذا سمى أيضا (Draw a man test)، ويراعى اشتمال الرسم على التفاصيل واكتمال الرسم .

* إختبار وكسلر (Wechster Intelligence Scale) الذى تتوفر منه صورتين احداهما لقياس ذكاء الأطفال والأخرى لقياس ذكاء الراشدين ، وهو يقيس الذكاء من خلال قياس الوظائف العقلية لفظيا وأدائيا، وعندما يزيد الفارق بين الأداء للفظى والعمل عن ثمانية عشرة درجة فإننا نشك فى آفة عضوية بالمخ .

* اختبار ستانفورد - بينيه(Stanford-Binet Test) وهو يقيس ذكاء الاطفال والراشدين .

اختبارات تكشف عن الخلل العضوى مثل :

* بندر جشطلت (Bender Visual Motor Gestalt Test)، حيث يشاهد المريض أشكالا تخطيطية عددها (٩) ويرسم المريض أشكالا مماثلة لها ، وكذلك إختبار بنتون (Benton Visual Retention Test) وهما لقياس الذاكرة البصرية والقدرة التركيبية اللذان يصيبهما الخلل فى الآفات العضوية .

وهناك اختبارات تقيس القدرة على التفكير التجريدى (الذى يرتبط أكثر بوظيفة الفص الأمامى من قشرة المخ) مثل :

* إختبار تصنيف الكروت (Wisconsin card-sorting test) حيث يعطى المريض عددا من الكروت مختلفه الشكل واللون والعدد ويطلب منه

تصنيفها حسب المبدأ الذى يقره الفاحص، وتسجل عدد المحاولات اللازمه للحصول على عشرة إستجابات صحيحة .

٣- تجمع الدلالات المرضية

ويتم فى هذه الخطوة تجميع الدلالات المرضية الموجة والسالبة مع بيانات المريض الأساسية فى صورة ملخص بالاضافة إلى نتائج الفحوص المعملية والاختبارات النفسية إن وجدت .

٤- تحليل البيانات المرضية وتصنيفها

حيث يتم فهم الدلالات المرضية (إكلينيكية ومعملية) وتصنف حسب اتفاق بعضها مع بعض أو اختلافها، فمثلا تصنف الاعراض التى تشير إلى اكتئاب معا والتى تشير إلى قلق معا .

٥- التشخيص المفارق

وهو وضع الافتراضات التشخيصية المحتملة حسب أولية الترجيح التشخيصى

٦- ترجيح التشخيص

حيث يتم ترجيح أحد الافتراضات التشخيصية حيث تتفق معه أغلب الدلالات المرضية ويمكن تفسيرها بناءً عليه، وقد يستدعى الأمر إضافة تشخيص آخر مصاحب حتى يمكن اكتمال التفسير المرضى للدلالات.

٧- الصياغة التشخيصية

(Diagnostic Formulation)

ونظرا لأن الانسان المريض ككل هو محور الاهتمام فى الطب النفسى، وليس المرض فقط كما هوالحال فى الطب العضوى (ذوالنظرة القاصرة)، لذلك كانت الصياغة التشخيصية تشمل تعريفا بالمرض من حيث السن والجنس ثم

يتضمن التشخيص للمحاور التشخيصية الخمسة الآتية :

(أ) الحالة الإكلينيكية المرضية (اللزمة المرضية أو اللزمات المرضية الطب نفسية) .

(ب) اضطراب الشخصية المصاحب أوالتخلف العقلى حيث أن الحالة المرضية الحاضرة هى نتاج اللزمة المرضية فى شخص ذو مواصفات معينة قبل المرض (أى ان الحالة الحاضرة = المرض x الشخصية قبل المرض)

(ج) الاضطرابات والأمراض الجسمانية المصاحبة فالحالة الجسمانية قدتحدث المرض النفسى بشكل مباشر مثل نقص هرمون الغدة الدرقية (Hypothyroidism) الذى يسبب الاكتئاب ، أو بشكل ثانوى مثل الاكتئاب الناشئ عن الاصابة بسرطان الثدى ، كما أنه يؤثر فى اختيار العلاج، فالمريض الذى يشكو من خلل إيقاع ضربات القلب(arrhythmia) ولديه الاكتئاب سوف يعطى عقاقير معينه ليست لها تأثير على هذا الخلل الإيقاعى للقلب .. اذا كانت الحالة الجسمانية المرضية هى السبب فى المرض النفسى تذكر معه على المحور الأول، مثل الهذيان بسبب فشل الكبد ثم يذكر أيضا على المحور الثالث .

(د) المشكلات النفسية والاجتماعية والبيئية المؤثرة فى حدوث الحالة المرضية مثل أحداث الحياة السلبية الضغوط الأسرية ونقص المساندة الاجتماعية، وأحيانا تكون الضغوط موجبة مثل الترقية فى مجال العمل وما تفرضه

من ضغوط على الشخص .. وقد توضع المشكلات النفسية الاجتماعية على المحور الأول عندما تكون هي بؤرة الإهتمام الأكلينيكى .

(هـ) مستوى التكيف العام وأداء الشخص وظيفيا أو اجتماعيا أو يمكن أن يقاس بمدرج التقييم الشأمل للأداء الوظيفى (Global Assessment of functioning scale) الذى يفيد فى وضع خطة العلاج وقياس تأثيرها. وتوقع نتائجها ، حيث يتم قياس أداء الشخص لوظائفه متدرجا من أعلى مستوى (١٠٠-٩٠) وصولا الى أدنى مستوى (١٠-١) .

ويمكن أن يعقب الفاحص بتوضيح دينامى لحالة المريض وصراعاته الخارجية والداخلية، بالاضافة إلى توضيح نشوئى يشير إلى العوامل المهيئة للحالة المرضية من نقاط التثبيت أو النكوص أو الصدمات العاطفية المبكرة ، وذلك لما تسهم به من ضوء فى طريق العلاج .

التقرير الطبى النفسى أحيانا يطلب من الطبيب النفسى كتابة تقرير عن الحالة ليقدم الى جهة طبية ما ، وهذا التقرير يجب أن يشمل الخطوط العريضه للتاريخ المرضى والفحص للحالة العقلية، من حيث البيانات الموجبة والسالبه ملخصة مع ذكر التشخيص المتعدد المحاور ، وإعطاء فكرة عن التنبؤ ، مع ذكر صياغة سيكودينامية تشخيصية والخطوط العريضة للعلاج .

الفصل الثالث

الأهمية الإكلينيكية لبيانات المقابلة
فى تشخيص المرض

الأهمية الإكلينيكية لبيانات التعريف والوصف الظاهرى للمريض

١- الاسم : قد يكون الاسم غريبا أو له معنى غير مقبول،أو لا يميز جنس المريض، أو يشير إلى شخصية تاريخية أو اجتماعية، أو هونفس اسم الأب أو الجد، أويكون له اسم شهرة غير اسمه الحقيقى، وأحدهما محبب إليه والآخر مكروه منه .

٢-السن : وهويشير إلى المرحلة التطورية التى يمر بها الشخص وهذا يشير إلى الاضطرابات النفسية أوالعقلية التى تظهر فى بعض المراحل، حيث ترتبط مرحلة مثل المراهقة بتوتر ذاتى يتعلق بعدم تحديدالعناصرالتى تتعلق بهوية الشخص، وإذا زادت تظهر ما تسمى بأزمة الهوية .

وهناك بعض الأمراض ترتبط بأعمار معينة مثلا :-

* الفصام أكثر إنتشارا فى الفترة بين سنى الخامسة عشر والأربعين (١٥-٤٠).

* تكثر حالات البارانويا فى العقد الرابع من العمر (٣٠-٤٠) .

* فى سن اليأس يكثر حدوث الإكتئاب لدى الإناث .

٣- **الجنس** : وهويشير إلى النوع ذكرا كان أو أنثى، حيث أن هناك إختلافات فسيولوجية ونفسية بين الذكر والأنثى، وبناء على ذلك فان كل منهما يكون معرض لبعض الاضطرابات النفسية والعقلية أكثر من الآخر. فمثلا :

* تكون المرأة اكثر عرضة لإضطرابات نفسية تتعلق بالدورة الشهرية والحمل والولادة، فانقطاع الدورة الشهرية (فى سن اليأس) مرتبط لدى المرأة أكثر من الرجل بحدوث الاكتئاب .

* ويكون الرجل أكثر عرضة لمشاكل الادمان والإصابات والجرائم من المرأة .

* والنساء يحاولن الانتحار اكثر من الرجال، ولكن نسبة المنتحرين من الرجال أكثر من النساء .

٤- **الجنسية** : وهى تشير إلى حالة المريض الاقتصادية أحيانا، أو إنتشار بعض الأمراض بصفة خاصة لدى بعض الجنسيات، بالإضافة إلى ما تتميز به بعض الشعوب عن بعضها الآخر من عادات وتقاليد وقيم إجتماعية تؤثر فى سلوك الفرد وحالته النفسية.

٥- **الديانة** : وهى تلقى بعض الضوء على ما يمكن أن يتأثر به المريض من قيم عقائدية وأفكار، بالاضافة إلى ما يفرضه هذا الدين من سلوكيات تنظم حياة الفرد، وقد يكون الشخص متدينا (أى ملتزما بسلوكيات أحد الأديان)، أو ملحدا (يعترض ويرفض جميع الأديان)، أو أنه لا يعرف عن الأديان ولا يهتم بذلك، وهؤلاء هم الأغلبية من البشر.

٦- **الحالة الاجتماعية**: ويقصد بها الزواج من عدمه (أى أعزب-متزوج-مطلق-أرمل)، ولا شك أن الشخص المتزوج يكون أكثر استقرار نفسيا من الآخرين الذين غالبا ما يسيطر عليهم الشعور بالوحدة أوالرفض، فالطلاق قد يكون سببا للاضطراب النفسى إن لم يكن نتيجة له، والأرمل يشعر بالوحدة وإفتقاد الرفيق ونقص الاشباع الجنسى والعاطفى والاجتماعى .

٧- **عدد الاطفال وجنسهم** : ويشير هذا إلى إستقرار الأسرة أو إنتظارها لطفل بوجه عام، أو إنتظارها لطفل من جنس معين، كأن يكون لدى الأسرة أربعة من الأطفال الإناث وينتظرون طفلا ذكرا.

٨- **مستوى التعليم** : وهويشير إلى مستوى الذكاء لدى المريض وإهتماماته ومدى توافق هذا التعليم مع ميوله.

٩- **المهنة (الوظيفة)** : وهذا يشير إلى طبيعة المشكلات التى يواجهها المريض ومقدار الجهد الذى يبذله، والقلق الذى يتعرض له أو بعض المواد التى قد يتعرض لها أثناء عمله، وهويشير إلى المستوى الإقتصادى الذى يعيش فيه.

١٠- **العنوان** : وهويشير إلى البيئة التى يعيش فيها المريض، وهذا يشير أيضا إلى الحالة الاقتصادية، كما أن بيئة الريف التى تتميز بقوة العلاقات الاجتماعية والروابط الأسرية تقلل من فرص ضغط الظروف الخارجية وانهيار الشخص كفريسة للمرض، خلافا لبيئة المدينة التى تتسم بالتوتر والزحام والعزلة الاجتماعية وتلوث البيئة من عادم السيارات والمخلفات والمصانع والتلوث بالضوضاء، وكل هذه العوامل تؤدى إلى المعاناة والاضطراب النفسى.

كما أن العنوان يشير إلى المنطقة التى قد تتميز بعادات وتقاليد معينة، أويشير إلى منطقة انتشار لأمراض معينة، مثل أوبئة التهاب الدماغ أو أمراض معينة متوطنة، مثل الملاريا والبلهارسيا، أو انتشار مواد مخدرة.

ويجب كتابة العنوان كاملا حتى اذا حدث للمريض شئ ما يمكن الاتصال بأهله كما يسهل الاتصال بالمريض عند الحاجة فربما أخطأ الطبيب فى وصف عقار يمكنه تدارك الخطأ.

١١- **جهه التحويل** : وسبب التحويل حيث يختلف الأمر فى حضور المريض بنفسه. وبناء على رغبته عن إحضاره بواسطه أهله،أو عن طريق القضاء

أوالشرطة ،وكذلك سبب التحويل اذا ما كان للعلاج أولمعرفة مدى سلامة قواه العقلية.

١٢- **الشكوى:** وهى أكثر الأعراض ازعاجا للمريض (اذا كانت بكلمات المريض نفسه)، أوأكثر الأعراض ازعاجا للمحيطين (اذا كانت بكلمات المرافقين)، واذا كانت الشكوى من المريض تشير إلى أعراض مرضية تسبب له ازعاجا، فان ذلك لا شك يشير إلى قدر من الاستبصار بحالته، أما اذا كانت كلماته لا علاقة لها بالشكوى أوليس له شكوى على الاطلاق وكانت شكوى المرافقين تشير إلى اعراض مرضية، فان ذلك قد يشير إلى نقص الاستبصار لدى المريض.

١٣- **تاريخ المرض الحالى** : وأهمية هذا الجزء هوتحديد المرض من حيث المكان وطبيعة المرض وسببه (المرسب)، بالاضافة إلى إمتداد المرض وتأثيره على انجاز الشخص وعلاقاته الاجتماعية، مع ملاحظة وجود أعراض جسمانية قد تشير إلى عله جسمانية تكون هى السبب المباشر أوغير المباشر فى حدوث المرض النفسى، كما أن العلاج الذى أخذ وتأثيره يؤكد(كاختبار علاجى) (Theraputic test) الافتراض التشخيصى أوينفيه كما أن مقدار التحسن قد يشير إلى التنبؤ بطبيعة المرض اذا كان متراجعا أوغير ذلك.

١٤- **التاريخ المرضى السابق:** والغرض منه معرفة ما اذا كان المرض الحالى نوبة جديدة لمرض حدث قبل ذلك، والعلاج الفعال الذى أخذ أو أن المريض سبق أن أصيب بمرض عقلى آخر، الذى ربما يكون مهيئا للمرض الحالى كذلك قد يكون المرض الجسمانى السابق هوالسبب فى الصورة المرضية الحاضرة أوالتعرض لحادثة أثرت على الدماغ.

١٥- **التاريخ العائلى ترجع أهمية هذا الجزء إلى :**

أ) الوراثة حيث تلعب الوراثة دورا فى إحداث المرض العقلى إما عن طريق الاستعداد الوراثى أو عن طريق الوراثة المباشرة (مثل مرضى القصور

العقلى) .

ب) البيئة الأسرية فعن طريق معرفة شخصية الأب والأم والعلاقات الاجتماعية بينهم وبين أبنائهم، ومستوى الأسرة الإقتصادى وعلاقة كل منهم بالمريض، يلقى الضوء على العوامل المهيئة والمرسبة للمرض والتى نشأت من ظروف الأسرة وطبيعة علاقات أفرادها .

١٦- **التاريخ الشخصى :** وهويعتبر قطاع طولى فى حياة الشخص يمتد من قبل الميلاد حتى الوقت الحالى، وهو يصف إلى مدى نجاح الشخص فى تخطى المراحل السابقة واستكشاف العوامل المهيئة المختلفة، ومعرفة أى معوق مبكر فى حياته سواء كان وظيفيا أونفسيا أواجتماعيا .

١٧- **الشخصية قبل المرض:** وهى تمثل قطاع عرضى فى شخصيته قبل المرض، حيث يتضمن الوصف الجسمانى (البناء الجسمانى والطاقة والنشاط والصحة البدنية)، والوصف النفسى (قدرته على الحب والعمل وحالته المزاجية) والوصف الاجتماعى (العلاقات بالآخرين والإنبساطية أو الإنطوائية) .

ولا شك أن نوع الشخصية قبل المرض يساعد على فهم الصورة المرضية الحاضرة (حيث أن الصورة الإكلينيكية الحاضرة هى محصلة المرض الموجود مضروبا فى نوع الشخصية). ومثال ذلك أن الصورة الإكلينيكية للإكتئاب النفسى تختلف من مريض شخصيته هستيرية عن آخر شخصيته شبه فصامية

١٨- **فحص المريض:** وهو فحص الحالة المرضية الحاضرة، وإذا كان التاريخ المرضى يهدف إلى جمع معلومات من المريض أو مرافقيه تقترب فى دقتها من الدرجة الثانية (أى أنها قد تحتمل عدم الموضوعية) فإن أهمية الفحص هى جمع دلالات (معلومات) تقترب من الدرجة الأولى، أى الذى يشاهده الفاحص مباشرة ولكنها قد تخضع لتشويهات الفاحص خاصة اذا كانت

خبرته قليلة وتقترب من الموضوعية وتقل تشويهات الفاحص كلما زادت خبرته.

ونلاحظ من ذلك أهمية المعلومات التى يتم الحصول عليها من خلال المقابلة والفحص الإكلينيكى.

الباب الثالث

تصنيف الأمراض النفسية

الفصل الأول

تصنيف الأمراض النفسية

التصنيف هو تخفيض عدد الظواهر وتحديدها على أساس خواص مشتركة بين مفردات الصنف الواحد، بحيث يسهل إخضاع الظواهر المنفردة لقوانين عامة تسهل فهمها والتعامل معهاكمايهدف إلى إيجاد لغة مشتركة بين المتخصصين فى مختلف أنحاء العالم بحيث اذا ذكر أحدهم اسم الفصام مثلا عرف الآخرون مايقصده، **وأهم التصانيف فى مجال الطب النفسى إلى :**

١- التصنيف الدولي :-

لقد عقد أول مؤتمر لوضع أول قائمة بأسباب الوفاة (للانسان) (International List of Causes of Death) عام (١٩٠٠) في باريس بفرنسا ولم تتضمن هذه القائمة الأمراض العقلية، واستمر تجاهلها إلى عام (١٩٣٩) حيث كانت القائمة الخامسة فوضعت الأمراض العقلية ضمن الفصل الخاص بأمراض الجهاز العصبي وأعضاء الحس المتخصصة، وكان المذكور منها حينئذ أربعة مجموعات فقط هي :

١- النقص العقلي (Mental Deficiency)

٢- الفصام (Schizophrenia)

٣- ذهان الهوس والاكتئاب (Manic Depressive Psychosis)

٤- كل الأمراض العقلية الأخرى.

ثم تغيرت فكرة هذه القائمة فأصبحت لا تشمل فقط أسباب الوفاة ولكن أضيف إليها الأمراض التي قد لا تؤدي إلى الوفاة، وصدرت القائمة السادسة

(ICD-6) عام (١٩٤٨) واشتملت لأول مرة علي فصل خاص بالأمراض العقلية شاملا أسباب المرض والوفاة .. ثم كانت القائمة السابعة (ICD-7) عام (١٩٥٥) التي لم تضف جديدا فيما يتعلق بالأمراض العقلية .. وحينئذ نشط أطباء النفس علي مستوي العالم بمساعدة منظمة الصحة العالمية (WHO)، فصدرت القائمة الثامنة (ICD-8) عام (١٩٦٥) متضمنة الوصف الإكلينيكي والتشخيص الفارق والعلاج للإضطرابات العقلية، ومن هنا بدأت اللغة المشتركة للطب النفسي تصل بين أجزاء العالم، وشجع ذلك الاطباء النفسيون علي بذل مزيد من الجهد ظهر في القائمة التاسعة (ICD-9) عام (١٩٧٩) مشتملة علي إضافات وتحسينات كثيرة، منها إضافة إضطرابات الأطفال النفسية وإضطرابات النمو ثم صدرت القائمة العاشرة فى عام (١٩٩٢) بواسطة منظمة الصحة العالمية أيضا وهى مشتملة أيضا على تحسينات كثيرة حيث يتميز عن سابقه فى وجود قسم خاص عن الأمراض النفسية فى الطفولة و المراهقة ، وعدم إستخدام التقسيم التقليدى إلى عصاب وذهان ، حيث قسمت الإضطرابات إلى مجموعات حسب السمة الهامة التى تجتمع بينها ، وقصر إستعمال لفظ العصاب على مجموعات معينه أطلق عليها الإضطرابات العصابية الأخرى وشملت الانهاك العصبى (Neurasthenia)واختلال الإنية(Depersonalization)ولزمات بريكيه (Briquet) ودات(Dhat) وكورو(Koro) ولاته (Latah)، وعصاب العمل بما فيه من تقلص الكاتب والإنهاك النفسى والغشية النفسية، كما قصر استعمال لفظ الذهان كوصف مكمل لبعض الإضطرابات مثل الاضطراب الذهانى العابر الحاد Acute) Transient psychotic dis)، ويشير لفظ ذهان ببساطة إلى وجود هلاوس أو ضلالات أو بعض السلوكيات شديدة الشذوذ مثل التهيج الشديد أو السلوك الكتاتونى .. أما لفظ السيكوسوماتيك فلم يعد يستخدم لأنه يشير إلى معانى مختلفه فى اللغات المختلفه ، كما يفهم منه أن العوامل النفسية ليس لها دور سوى فى الإضطرابات الموصوفه به وهذا غير حقيقى .

٢- التصنيف الأمريكي :

ظهر التصنيف الأمريكي الأول للأمراض النفسية (Manual of mental dis-orders) في عام (١٩٥٢) ثم أعقبه التصنيف الأمريكي الثاني عام (١٩٦٨)، ثم ظهر الدليل التشخيصى الإحصائى الثالث (Diagnostic and Statistical manual of Mental Disorders) عام(DSM-III) (١٩٨٠) بعد تطبيق احصائي للتصنيف الدولى المعدل اكلينيكيا(ICD9-cm)، ثم ظهر الدليل الإحصائى التشخيصى الثالث المراجع (DSM-III-R.) فى عام (١٩٨٧)، وأخيرا ظهرالدليل الاحصائى التشخيصى الرابع (DSM-IV) عام (١٩٩٤) .

٣- التصنيف المصري :

لقد صدر دليل تشخيص الأمراض النفسية المصري عام (١٩٧٩) واعتمد في اخراجه علي ما توافر من معلومات في التصنيف الدولي الصادر في عام (١٩٦٨) وكل من التصنيف الأمريكى والفرنسي الصادرين فى نفس العام.

ولوحظ أن التصنيف الأمريكى التشخيصي الإحصائى يتميزعن غيره من التصانيف بما يلى

١- وجود فصل مستقل عن الإضطرابات النفسية التي تظهر لأول مرة في الطفولة والمراهقة.

٢- مزود بدلالات تشخيصية محددة لكل من الإضطرابات العقلية المدرجة به،مع عدم التداخل بين مجموعاته التشخيصية.

٣- اتباعه للمحاور التشخيصية المتعددة (التى سبق ذكرها ضمن الصياغة التشخيصية) .

ونظرا لهذه المميزات فإننا سوف نعرض الخطوط العريضة للتصنيف الأمريكى الإحصائى الرابع فيما يلي، ثم نفصل الأمراض النفسية طبقا لما جاء به

من مواصفات تشخيصية ،ولكن يعيبه الخلط فى بعض مجموعاته بين التصنيف كلينيكى والسببى.

* الإضطرابات التى تشخص لأول مرة فى الطفوله أو المراهقة[1] وتشمل :-

(١) التخلف العقلى (Mental Retardation): وهو يشخص على المحور الثانى.

(٢) اضطرابات التعليم (Learning Diserders)

(٣) اضطراب المهارات الحركية (Motor Skills Disorder).

(٤) اضطرابات التواصل.(Communication Disorders)

(٥) الإضطرابات مفسدة النمو (Pervasive Developmental Disorders)

(٦) اضطرابات نقص الانتباه والسلوك المشوه

(Attention-Deficit and Disruptive Behavior Disorders).

(٧) اضطرابات التغذية والأكل لدى الرضع وصغار الاطفال

(Feeding and Eating Diserders of infancy or early childhood)

(٨) اضطرابات اللوازم (Tic Disorders)

(٩) اضطرابات الاخراج (Elimination Disorders).

(١٠) اضطرابات أخرى لدى الرضع أو الاطفال أو المراهقين.

---

(١) لم أفصل هذه الإضطرابات لأنها موضوع كتاب آخر للمؤلف بعنوان (الطفولة والمراهقة ، المشكلات النفسية والعلاج) .

*** الهذيان والخرف واضطرابات النساوة والإضطرابات المعرفية الأخرى :**

(١) الهذيان (Delirium).

(٢) الخرف (Dementia) .

(٣) اضطرابات النساوة (Amnestic Disorders).

(٤) الإضطرابات المعرفية الأخرى .

*** الاضطرابات العقلية التى تعزى إلى حالة طبية عامة غير المصنفة فى مكان آخر**

(١) اضطرابات تعزى إلى الكحول.

(٢) اضطرابات تعزى إلى الامفيتامين .

(٣) اضطرابات تعزى إلى الكافيين .

(٤) اضطرابات تعزى إلى القنب .

(٥) اضطرابات تعزى إلى الكوكايين .

(٦) اضطرابات تعزى إلى المواد المحدثه للهلاوس.

(٧) اضطرابات تعزى إلى المستنشقات.

(٨) اضطرابات تعزى إلى النيكوتين .

(٩) اضطرابات تعزى إلى الأفيون .

(١٠) اضطرابات تعزى إلى عقار الـ PCP أو ما يشبهه.

(١١) اضطرابات تعزى إلى المهدئات والمنومات ومضادات القلق.

(١٢) اضطرابات تعزى إلى تعاطى عديد من المواد.

(١٣) اضطرابات تعزى إلى مواد غير معروفه .

* **الفصام والإضطرابات الذهانية الأخرى** (Schizophrenia and Other Psychotic Disorders).

* **اضطرابات الوجدان (المزاج)** (Mood Disorders)

(١) اضطرابات الاكتئاب (Depressive Dis).

(٢) الإضطرابات ثنائية القطب (Bipolar Dis)

(٣) اضطرابات الوجدان التى تعزى إلى سبب طبى أو تعاطى مادة

(٤) اضطرابات الوجدان غير المصنفة فى مكان آخر .

* **اضطرابات القلق**

(١) اضطراب الهلع (Panic Dis)

(٢) رهاب الأماكن المتسعة (Agoraphobia)

(٣) الرهاب المحدد (Specific Phobia)

(٤) الرهاب الاجتماعى (Social Phobia)

(٥) الوسواس القهرى (Obsessive-Compulsive Dis)

(٦) اضطراب الانعصاب التابع لحادث (Posttraumatic Stress Dis)

(٧) اضطراب الانعصاب الحاد (Acute Stress Disorder)

(٨) اضطراب القلق العام (Generalized Anxiety Dis)

(٩) اضطرابات القلق غير المحدد فى مكان آخر .

* الاضطرابات جسدية الشكل (Somatoform Disorders)

(١) اضطرابات التجسيد (Somatization Dis)

(٢) الاضطراب جسدى الشكل غير المتميز (Undifferentiated Somatoform Dis)

(٣) اضطراب التحول (Conversion Dis)

(٤) اضطراب الألم (Pain Dis)

(٥) توهم المرض (Hypochondriasis)

(٦) اضطراب التشوه الوهمى للجسد (Body Dysmorphic Dis)

(٧) الإضطرابات جسدية الشكل غير المحددة فى مكان آخر

* الاضطرابات المستحدثه (Factitious Dis)

* الاضطرابات الانشقاقية (Dissociative Dis)

(١) النساوة الانشقاقية (Dissociative Ammesia)

(٢) الشراد الانشقاقى (Dissociative Fugue)

(٣) اضطراب الهوية الانشقاقى (Dissociative Identity Diserder)

(٤) اضطراب اختلال الإنيـة (Depersonalization Dis)

(٥) الاضطراب الانشقاقى غير المصنف فى مكان آخر.

* الاضطرابات الجنسية واضطرابات الهوية الجنسية

(Sexual and Gender Idenlity Diserders)

(١) اضطرابات خلل الوظيفة الجنسية (Sexual dysfunctions)

(٢) الشذوذات الجنسية (Paraphilias)

(٣) اضطرابات الهوية الجنسية

* **اضطرابات الأكل (Eating Diserders)**

* **اضطرابات النوم (Sleep Disorders)**

(١) اضطرابات النوم الأولية (Primary sleep disorders)

(٢) الإضطرابات المخلة بالنوم (Parasominias)

(٣) اضطرابات النوم التى تعزى إلى أسباب نفسية أخرى .

(٤) اضطرابات النوم الأخرى.

* **اضطرابات التحكم فى النزعة غير المصنفة فى مكان آخر.**

* **اضطرابات التأقلم (Adjustment Disorders)**

* **اضطرابات الشخصية (Personality Disorders)**

* **الحالات الأخرى التى قد تمثل للطبيب النفسى**

(Other conditions that may be a focus of chinical attention)

(١) عوامل نفسية مؤثرة فى الحالة الجسمانية

(٢) اضطرابات الحركة الناتجة عن تعاطى عقاقير طبية

(Medication-Induced Movement Disorders)

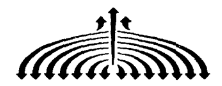
(٣) ضطرابات أخرى ناتجة عن تعاطى عقاقير طبية

(٤) مشاكل العلاقات مع الآخرين

(٥) مشكلات تعزى إلى الإيذاء البدنى أو الاهمال

* الحالات الاضافية التى قد تمثل للطبيب النفسى

* البنود الاضافية (Additional codes)



البـــاب الرابع

الأمراض النفسية

الأمراض النفسية

بعد أن عرضنا فى الباب السابق لتصنيف الامراض النفسية سوف نورد فى هذا الباب تفصيلا إكلينيكيا لكل من هذه الامراض فى ضوء التصنيف الأمريكى الاحصائى التشخيصى الرابع، مع تفصيل للاسباب والمسار والعلاج والتنبؤ بمصير هذه الحالات .. وسوف نضرب فى مقدمة كل فصل لأمثلة من الحالات المرضية الواردة فيه، لعلها تعطى صورة حية لمشكلة المرض، أو تثير تساؤلات لدى القارئ فتجعله يبحث عن إجابات لها، فيكون بذلك مشاركا إيجابيا فى العملية التعليمية لا متلقيا سلبيا، وقد يقربنا هذا خطوة من أسلوب التعلم بطرح المشكلة، أملا فى الإرتفاع بمستوى العملية التعليمية إلى مستوى حل المشكلات، وعدم الاكتفاء بتخزين المعلومة واستدعائها أو تفسيرها فى أحسن الأحوال، لأن الغرض النهائى هوحل مشكلة المريض وصولا إلى إرتقاء بمستوى الأداء فى الممارسة الاكلينيكية .

الفصل الاول

مقدمة:

١- سيدة فى الثامنه والثلاثين من عمرها أحضرها زوجها للطبيب النفسى وشكى أنها منذ يومين تعانى من حالة عدم تركيز وخلط فى الكلام مع مخاوف وتصورات غير حقيقية (تهيؤات) وعدم النوم ليلا وعدم معرفة المحيطين بها أحيانا، وبفحصها لوحظ تغيم الوعى ونقص الإنتباه مع خلل فى الذاكرة المباشرة وقصيرة المدى وغموض التفكير وعدم ترابطه ، مع عدم الاستبصار وسوء الحكم على الأمور.

٢- رجل فى الخامسة والخمسين من عمره يعمل محاسبا يشكومن النسيان وفقد بعض الاشياء بسبب هذا النسيان،وأصبح يخطئ فى عمله الذى كان ناجحا فيه، مع سرعة إستثاره حيث أصبح ينفعل لأتفه الأسباب، ويسئ لمن حوله فى البيت والعمل، وعند فحصه وجد فقد الذاكرة قريبة المدى وعدم قدرة على تحديد المعانى للأقوال الشائعة، ولم يستطع حل المسائل الحسابية البسيطة التى أعطيت له (فلم يستطع طرح ٧ من ١٠٠)، واضطراب حكمه على الامور، ولم يستطع ترتيب أعواد الكبريت على شكل معين .

٣- شاب فى العشرين من عمره طالب فى الثانوية العامة أحضره أهله وشكوا من ادمانه للهروين مع ما يتوفر له من عقاقير مخدره من ثلاثة أعوام، وأهمل فى دراسته وأصبح يسرق النقود والمصوغات من البيت، وأصبحت تصرفاته سيئة وألفاظة كذلك، ويغيب عن البيت بعض الليالى، مع أصدقاء ليسوا من مستواه الاجتماعى، وأحيانا يجده أهله فى حالة إعياء شديدة، يشكومن صداع وآلام فى جسمه ورشح من أنفه وقئ واسهال وأحيانا يبدو طبيعيا، ولكنه فى كل الأحوال لا مبالى بمستقبله أوبمن حوله .. وعند فحصه لوحظ عدم ضبطه لمخارج الحروف أثناء الكلام (انزلاق الكلام) وأن حركته غير دقيقة، مع وجود آثار مواضع حقن فى يده اليسرى وذراعه الأيسر.

هذه أمثلة لحالات إكلينيكية سوف يعرض لها هذا الفصل .. هل يمكنك بعد اعادة قراءتها أن تضع أهدافا تعليمية تبغى معرفتها ؟ ما هى هذه الاهداف ؟

الاضطرابات المعرفية

إضطرابات الهذيان والخرف والنساوة وغيرها :

لقد كانت الاضطرابات النفسية تقسم الى ماله سبب عضوى، (مثل ورم بالمخ أو تلف بأوعية المخ الدموية أو انسمام بالعقاقير) وماليس له سبب عضوى (مثل الفصام أو الاكتئاب)،وكانت تسمى الأولى بالاضطرابات العقلية العضوية والثانية بالاضطرابات الوظيفية ، ولكن حاليا أسقطت تلك التسميات ، وذلك لما لوحظ من أن كل الاضطرابات النفسية ترتبط بخلل بيولوجى عند مستوى ،ما بدءا من الجينات الوراثية وانتهاء بالمستقبلات وخلل الناقلات العصبية .

وتتميز الاضطرابات المعرفية بالنقص الهام فى المعرفة أو الذاكرة الذى يمثل تغيرا هاما عن الأداء الوظيفى السابق وكل إضطراب منها قد يرجع إلى حالة طبية عامة (مرض جسمانى) أو تعاطى مادة سواء كان ادمان أو عقار طبى أو سم أو خليط من كل ذلك .. **ويظهر هذا التغير فيما يلى :**

١- خلل الإهتداء والقدرة على إدراك البيئة خاصة للزمان والمكان.

٢- ضعف الذاكرة خاصة للأحداث القريبة وصعوبة تكون ذاكرة للأحداث الجديدة مما يشكل صعوبة فى عملية التعلم .

٣- عدم القدرة على التفكيرالتجريدى وتظهر فى نقص القدرة على التعميم والابتكار والتمييز بين الاشياء والتعليل المنطقى للاشياء وتكوين المفاهيم وحل المشكلات.

٤- عدم القدرة على انجاز المهام غير المألوفة فى وقت مناسب

٥- نقص معدل الذكاء.

٦- ضعف قدرة الحكم على الامور

٧- نقص الإنتباه اوالتشتت وعدم القدرة على الإنتباه للمثيرات أوعدم القدرة على مواصلة الانتباه أوعدم القدرة على الانتقال من مثير إلى آخر.

٨- ضعف القدرة الحسابية .

ويصاحب هذا التغير المعرفى بما يلى :

١- التغير الانفعالى والاندفاع : حيث تتغير التعبيرات الانفعالية (لفظية وغير لفظية) وتصبح غيرمناسبة (مثل فقدان الشعور أو المرح المرضى أو سرعة الاستثارة أو التقلب الانفعالى) ويصبح المريض غير قادر على كبح نزعاته ودون إعتبار لنتائجها الإجتماعية

٢- اضطراب اليقظة : حيث يضطرب وعى المريض بنفسه وبالعالم من حوله وتنتج أعراضا منها تغيم الوعى أو تغيره أو تضيقه.

٣-أعراض تعويضية وقائية : حيث يظهر المريض أنماطا من السلوك تهدف إلى المحافظة على انجاز مناسب وتجنب الاضطراب وتعد اعراضا تكيفية.

٤- أعراض تفاعلية : وتعكس هذه الأعراض ما يعنيه الأضطراب ذاتيا للمريض طبقا لشخصيته وقيمه الاجتماعية والاقتصادية خاصة الأعراض الذهانية التى تمثل اشتداد التفاعل المرضى (مثل من يشك فى الآخرين فقد تصبح لديه ضلالات اضطهاديه بارزة) .

١- الهـذيان
(Delirium)

وهو اضطراب عقلى يتميز أساسا باضطراب الوعى والتغير المعرفى الذى يحدث فى فترة قصيرة مع نقص قدرة المحافظة على الانتباه للمثيرات الخارجية، وصعوبة الانتقال من مثير لآخر، واختلال التفكير كما يبدو من اللف والدوران، أو عدم ارتباط الافكار ببعضها وعدم اتساق الكلام، مع نقص مستوى الوعى واختلال الادراك الحسى واضطراب دورة النوم واليقظة واضطراب النشاط الحركى وعدم الاهتداء (عدم إدراك الزمان والمكان أو عدم ادراك الاشخاص) وخلل الذاكرة .. وعادة تكون البداية سريعة والمسار متموج والمدة قصيرة .

وإضطراب الوعى فى الهذيان يعد العلامة الأساسية، حيث تختل حالة اليقظة ووعى الشخص بنفسه والبيئة، من حوله الذى يصاحبه خلل الإنتباه فتكون صعوبة المحافظة على الانتباه وصعوبة الانتقال من مثير لآخر، ويسهل تشتت الشخص بمثيرات ليست لها علاقة ويجب تكرار الأسئلة عدة مرات بسبب عدم قدرة الشخص على تركيز انتباهه ويصعب أن يندمج فى محادثة لأنه متشتت الانتباه أو لانه مواظب على تكرار استجابة لأسئلة سابقة، وينشأ عن نقص الانتباه فقد الذاكرة للأحداث القريبة إلى حد ما .

والمصاب بالهذيان لا يستطيع المحافظة على اتساق التفكير ويفقد التفكير وضوحه المعتاد كما يفقد الهدف ويبدو متناثرا وغير مترابط .

وكثيرا ما توجد اضطرابات الادراك فى صورة خداعات اوهلاوس وأغلبها بصرية، وغالبا ما يصاحبها اقتناع ضلالى بواقعية الهلاوس، ويصاحبها استجابة سلوكية انفعالية ترتبط بمحتواها .

وتختل دورة النوم واليقظة حيث يصعب نوم المريض ليلا ويظل ساهرا، ويكثر انخفاض مستوى الوعى الذى يتدرج من الدوخة الى ما يشبه الغيبوبة

وتكثر الكوابيس أثناء النوم وقد ترتبط بالهلاوس.

وإضطراب النشاط الحركي فى صورة عدم الاستقرار وكثرة الحركة وتحريك الأغطية ومحاولة القيام من السرير والخبط على الاشياء المحيطة به وفجائية تغيير الوضع وقد تقل الحركة الى ما يشبه الذهول الكتاتونى، وغالبا ما ينتقل من نقيض لآخر (من كثرة الحركة الى انعدامها) .

يشترك فى مواصفاته الهامة من حيث إضطراب الوعى والمعرفة ولكن يختلف طبقا للسبب

الأعراض المصاحبة :

وتشمل الخوف والقلق والاكتئاب وسرعة الاستثارة والغضب والسرور والتبلد ، والخوف هو أكثرها وسببه الهلاوس المهددة اوالضلالات غير المنتظمة، وقد يزداد الخوف لدى المريض لدرجة إيذاء نفسه أو يهاجم من توهم زيفا أنهم مهددين له، أما مشاعر الاكتئاب الشديدة فقد تؤدى إلى إيذاء النفس والبكاء وطلب المساعدة .

والعلامات العصبية غير شائعة فى حالات الهذيان والاستثناء الوحيد هوالحركات غير العادية مثل مختلف أنواع الرعشة (مثل الرعشة المرفوفة) وعلامات الجهاز العصبى المستقل (مثل سرعة ضربات القلب والعرق واحمرار الوجه واتساع فتحة انسان العين وارتفاع ضغط الدم) .

وقد توجد اضطرابات أخرى لوظيفة قشرة المخ تشمل عدم القدرة على تسمية الأشياء (Dysnomia) وعدم القدرة على الكتابة (Dysgraphia)

البداية والمسار والمآل :

يبدأ الهذيان فى أى سن ولكنه شائع بصفة خاصة فى الأطفال وبعد سن

الستين وهواضطراب قصير المدى وأحيانا يبدأ فجأة كما فى حالة إصابة الرأس وأحيانا يسبق بأعراض ممهدة تظل عدة أيام أو ساعات (وتشمل : عدم الاستقرار وصعوبة التفكير الواضح وزيادة الحساسية للمثيرات السمعية والبصرية والأرق ليلا والنوم نهارا والكوابيس) وظهور الأعراض يكون ببطء وأكثر فى حالات الهذيان الناتج عن مرض جهازى أو اختلال أيضى.

ويعتبر تماوج الأعراض من أهم مواصفات الهذيان والشخص يكون أسوأ ما يمكن خلال ساعات عدم النوم ليلا اوفى الظلام، وأحيانا يكون الشخص منتبها ومتسقا فى تفكيره وتسمى هذه الظاهرة بفترة التحسن المؤقتة (Lucid interval) وتحدث فى أى وقت ولكنها أكثر حدوثا فى الصباح وهذا يساعد فى تمييز الهذيان من المتلازمات العقلية الأخرى.

وعادة تظل نوبة الهذيان مدة قصيرة (حوالى أسبوع) ونادرا ما يظل لأكثر من شهر، واذا عولج سبب الهذيان يكون الشفاء كاملا، وإذا ظل السبب موجودا فان الصورة الإكلينيكية تتحول تدريجيا من الهذيان إلى شكل آخر من الأمراض العقلية أكثر ثباتا (مثل الخزف) اوتكون الوفاة .

ومن أهم مضاعفات الهذيان الاصابات الناتجة عن السقوط من السرير فى محاولة المريض الهروب من الهلاوس المخيفة وإذا أهمل العلاج فانه قد يتحول الى خرف أو نساوة عضوية اواضطراب الشخصية العضوية .

تشخيص الهذيان :

عادة يشخص الهذيان بجوار سرير المريض إكلينيكيا فهويتميز ببداية مفاجئة للأعراض وتتماوج هذه الأعراض (زيادة ونقصانا) خلال ساعات اليوم **وهذه سماتة المميزة تشخيصيا :**

وهويشترك فى مواصفاته الهامة من حيث إضطراب الوعى والمعرفة ولكن يختلف طبقا للسبب :

الهذيان الراجع الى حالة طبية عامة :

١- إضطراب الوعى: الذى يؤثر على حالة اليقظة ووعى الشخص بالبيئة من حوله مع نقص الانتباه والقدرة فى المحافظة على الانتباه أو نقله من مثير لآخر .

٢- تغير معرفى : (مثل قصور الذاكرة عدم الاهتداء وخلل اللغة) أو حدوث خلل إدراكى لايعد ضمن خرف موجود فعلا .

٣- الاضطراب يحدث فى فترة قصيرة من الوقت عادة من ساعات لأيام ويميل للتماوج خلال مسار اليوم الواحد .

٤- يوجد دليل من التاريخ المرضى اوالفحص الجسدى اوالمعملى أن الاضطراب نشأ بسبب تغيرات فسيولوجية من جراء الحالة المرضية الجسمانية .

التشخيص الفارق :

١- **الفصام والاضطراب فصامى الشكل والاضطرابات الذهانية الأخرى** : وذلك لوجود هلاوس والضلالات واختلال التفكير الا أنها فى الهذيان تكون غير منتظمة مع تماوج المسار ونقص الانتباه سواء فى استمرار تجاه مثير أو انتقاله لمثير آخر وخلل الذاكرة والاهتداء كلها سمات تميز الهذيان.

٢- **الخرف** : الذى فيه يوجد خلل الذاكرة مثل الهذيان ولكن فى الخرف يكون الشخص يقظا الا أنهما قد يوجدان معا ، ولا يمكن أن يشخص الخرف فى حالة وجود الهذيان، ولكن يشخصان معا فى حالة استقرار الخرف قبل الهذيان .. عند الخلط بينهما يفضل ان تشخص هذيان لأنه يعطى الفرصة لعلاج فعال، إلى أن يتضح التشخيص الصحيح .

٣- **إستحداث اعراض نفسية (Factitious)** : حيث يكون تخطيط الدماغ طبيعيا يساعد على إستبعاد الهذيان .

الانتشار:

عادة يجد الأطباء النفسيون الهذيان في الحالات التي يُدْعَون للإستشارة بشأنها في أقسام الطب والجراحة في المستشفيات العامة، حيث لوحظ أن حوالى (١٠٪) من كل المرضى الذين يدخلون الى المستشفيات العامة يظهرون الهذيان بدرجة ما، ويختلف معدل الحدوث في اقسام المستشفى، فعلى سبيل المثال يصل إلى (٣٠٪) من المرضى في اقسام الجراحة ذات الرعاية المركزة، وفي وحدات الرعاية المركزة لمرضى شرايين القلب التاجية؛ ويصل الى (٢٠٪) في مرضى الحروق الشديدة وتصل النسبة من ٤٠-٥٠٪ بين المرضى الذين تم شفاؤهم من جراحات عظام الحوض ، ويكثر انتشاره بين الأطفال والشيوخ كما يكثر بين المصابين بآفات في الدماغ ومن سبقت إصابتهم بالهذيان ، ويعد حدوث الهذيان علا مة سيئة فلقد قدرمعدل الوفيات خلال ثلاثة أشهر لمن أصابهم هذيان بنسبة ٢٣-٣٣٪، وخلال سنة وصلت الى ٥٠٪ .

أسباب الهذيان:

وأسباب الهذيان مركبة ومتعددة ومتداخلة في خليط من ظروف موقفية وعوامل شخصية ودوائية، فمثلا سبب الهذيان بعد عملية جراحية يشمل ضغط الجراحة وألم ما بعد العملية والأرق وعلاج الألم وإختلال الكهارل والعدوى والحمى ونزف الدم.

ويمكن تصنيف الأسباب كما يلي :

١- أمراض جهازية : مثل هبوط القلب ونقص التغدية وفقر الدم والعدوى والحمى والجفاف وتسمم بالبولينا، وزيادة اونقص افراز الغدة الدرقية، وكل الاسباب التي تؤدى الى نقص الاكسجين في الدم، ويلاحظ أن هذه الاسباب إذا تركت دون علاج تؤدى الى مرض مخي مثل الخرف.

٢- اضطرابات أيض: مثل اختلال الكهارل واختلال الاتزان الحامض القلوى وزيادة أو نقص الكالسيوم فى الدم.

٣- أمراض عصبية : مثل التهاب الدماغ وإصابات الرأس خاصة التى تحدث تجمعا دمويا تحت الأم الجافية.

٤- العقاقير : وخاصة مدرات البول (التى تسبب جفافا مع اختلال الكهارل فى الدم) والملينات (لنفس السبب)، والمنومات (الباربتيورات) والمطمئنات العظمى والمهدئات حيث أن لها تأثيرا مضاد للأستيل كولين الذى يسبب هذيان وبصفة خاصة لكبار السن من الشيوخ.

٥- احتباس البول الحاد واحتباس البراز: يرتبط أحيانا بحالات الهذيان.

ويمكن جمع هذه الأسباب تحت التقسيم السببى للدليل الاحصائى التشخيصى الأمريكى الرابع كمايلى :

١- هذيان بسبب حالة مرضية جسمانية .

٢- هذيان بسبب الانسمام بمادة.

٣- هذيان بسبب انسحاب مادة.

٤- هذيان متعدد السبب الذى ينشأ عن إثنين أو أكثر من الأسباب السابقة.

علاج الهذيان :

يستلزم إدخال المريض مستشفى حيث يتم فحصه جيدا بحثا عن السبب الذى قد تكشفه الاستقصاءات المعلمية، وبالاضافة إلى علاج السبب يلزم علاج عام للأعراض، يشمل تخفيف التوتر ومنع المضاعفات والإصابات والتغذية ومراعاة الكهارل بالجسم والسوائل .

ويعتمد العلاج على الموقف الذى حدث فيه الهذيان، فمثلا فى حالة الهذيان الذى يتبع إزالة المياة البيضاء من العين (كاتراكتا) والناتج عن عصب العينين يتحسن بعمل فتحة صغيرة جدا فى العصابة لإدخال بعض الضوء،وفى حالة العزل الحسى المسبب للهذيان فإن المريض سوف يفيد من إضاءة حجرته ليلا وكثرة تردد اأعضاء الفريق العلاجى وأفراد الأسرة عليه وشرح الأمر له وطمأنته مع وضع تلفاز فى حجرته.

ويقتصر العلاج بالعقاقير على الضرورى جدا منها، خاصة فى حالة الفوران الداخلى وعدم الاستقرار لمنع المضاعفات والإصابات والعقار المفضل هو (الهالوبيريدول) بجرعة تتراوح مابين (٥ و١) و٥٠ مجم ، وأحيانا يلزم إعطاء دروبريدول (Dropridol) حقنا فى الوريد ، وهو يشبه الهالوبريدول ومن نفس مجموعته ، ويجب تجنب الفينو ثيازين تماما لنشاطها المضاد للكولين ،وفى حالة الأرق يعطى بنزوديازبين قصير المفعول ويجب تجنب الباربتيورات.

٢- الخرف

(Dementia)

وهوفقد (نقص) القدرات الذكائية بحث تؤثر على أداء الشخص الوظيفى والاجتماعى، ويظهر فى صورة خلل الذاكرة والحكم على الأمور ونقص التفكير التجريدى وخلل الوظائف العليا لقشرة المخ اوتغير الشخصية .

وخلل الذاكرة هو أكثر الأعراض بروزا وهوأكثر للأحداث القريبة مثل نسيان الأسماء وأرقام التليفونات والإتجاهات والمحادثات وأحداث اليوم، وفى الحالات الأكثر شدة ينسى كل الجديد وقد لا ينهى المهام التى يبدأها لنسيانه، وهذا يسبب ترك صنابير المياة مفتوحة أو البوتاجاز مشتعلا، وفى الحالات المتقدمة ينسى أسماء المقربين إليه أو وظيفتة وتعليمه وتاريخ ميلاده، وأحيانا ينسى إسمه ويظهر ترددا أثناء الفحص فى الإجابة على الاسئلة .

ويكثر اختلال الحكم على الأمور لدى المخرف ولا يتحكم فى نزعاته ويصبح غليظ القول جاف الالفاظ يلقى بنكات غير مناسبة ويهمل فى مظهره الشخصى وفى نظافته ولا يحترم القوانين اوالعرف والتقاليد، وتضطرب علاقاته الاجتماعية . . ويميزه أيضا خلل الحكم على الأمور وضعف التحكم فى النزعات انواع معينة من الخرف وهى التى تصيب الفصوص الأمامية للمخ.

ويشمل الخرف اختلاف متفاوته لاضطراب الوظائف العليا لقشرة المخ، فرغم أن اللغة قد لا تتأثر فى بعض الاضطرابات العصبية التى تسبب الخرف فانها تصبح غير طبيعية فى البعض الآخر، فقد يبدوالكلام غامضا وظوبيا أو لغوا لا يعنى شيئا أو تظهر الحبسة مثل حبسة التسمية (صعوبة تسمية الأشياء)، وفى الأشكال الشديدة للخرف قد يصبح الشخص أبكم وتضطرب قدرته التركيبية، فلا يستطيع رسم الأشكال ذات الأبعاد الثلاثة أو يرتب أعواد الكبريت فى شكل معين، ويفشل فى التعرف على الأشياء برغم سلامة

الحواس(Agnosia) ولا يستطيع تنفيذ نشاط حركى معين برغم سلامة الوظيفة الحركية (Apraxia) (Motor Aphasia)

وتتغير الشخصية فى حالات الخرف إما بتغير الطباع أو تفاقم صفات الشخصية التى كانت موجودة قبل المرض ، (فالوسواسى تزداد وسوسته والاضطهادى تزداد اضطهاديته) ولكن الشائع أن ينسحب الشخص ويصبح متبلدا وتقل علاقاته الاجتماعية ويوصف من قبل الآخرين أنه تغير (لم يعد نفسه) .

والأعراض المصاحبة قد تكون خفيفة فى صورة قلق أو إكتئاب وقد يحاول إخفاء قصور الذكاء بأعراض تعويضية مثل زيادة الترتيب أو ربط الأحداث بتفاصيل دقيقة لتجنب فجوات الذاكرة أو الانسحاب الاجتماعى ،وأحيانا تلاحظ الأفكار الاضطهادية وتنتج إتهامات زائفة وشجارات لفظية وجسمانية، والشخص الغيور عندما ينتابه الخرف قد يصاب بضلالات الخيانة الزوجية، ويعتدى فعلا على زوجته .

البداية والمسار والمآل :

والغالب فى الخرف أن يحدث فى الشيخوخة، ولكن تحت تأثير عوامل معينة يمكن أن يحدث الخرف فى أى سن، حيث يشخص الخرف فى أى سن بعد إستقرار معدل الذكاء (عادة عند الثالثة أو الرابعة من العمر) ، فإذا كان الطفل فى سن الرابعة وأصيب بمرض عصبى مزمن تدخل مع وظائفه المكتسبة السابقة لدرجة تقلل ذكائه ووظائفه التكوينية السابقة فانه يشخص خرف مع تخلف عقلى

ويعتمد مسار الخرف على العامل المسبب فعندما يكون الخرف ناتجا من نوبة واضحة لمرض عصبى مثل نقص الأكسجين الواصل إلى المخ أو إلتهاب المخ أو إصابة الرأس، فانه يبدأ فجأة ويظل ثابت نسبيا لفترة طويلة ،أما الخرف التنكسى الأولى من نوع الزهيمر فبدايته عادة متخفية تتقدم ببطء فى مسار

إشتدادى يصل إلى التدهور فى عدة سنوات، وهناك الخرف الناتج من ورم فى المخ أو تجمع دموى تحت الأم الجافية أو عوامل أيضية فتكون بدايته متدرجة ؛ ويمكن علاج السبب كما فى نقص هرمون الغدة الدرقية فإن الخرف يمكن علاجه وإيقاف مساره .

فى الماضى كان مصطلح الخرف يعنى أنه لا رجعه فى مساره ولا شفاء منه ولكن الآن يوصف الخرف على أنه متلازمة ذات أعراض ومواصفات إكلينيكية فقط ولا تحمل أى إشارة إلى التنبؤ بالمآل فقد يكون الخرف متزايدا (اشتداديا) أوثابتا أو متقطعا أو متراجعا (متهاودا)، وهذا يعود إلى طبيعة السبب الذى يكمن خلف الخرف والعلاج المتاح فى التوقيت المناسب وفعاليته .

الإعاقة والمضاعفات :

يشخص الخرف عادة عندما يكون الفقد فى الذكاء كافيا لأن يتداخل مع الوظيفة الاجتماعية اوالمهنية، إلا أن درجة الاعاقة تتفاوت، وفى الخرف الاشتدادى يصبح الشخص غير مدرك لما حوله ويلزم له عناية دائمة، وقد يتجول ويفقد طريق العودة أو يتعرض لحادث وقد يؤذى نفسه أو الآخرين، أو ينتابه هذيان بالإضافة إلى الخرف.

تشخيص الخرف :

يعتمد التشخيص الإكلينيكى للخرف على التاريخ المرضى من المريض والمحيطين به وعلى فحص الحالة العقلية .. حيث يلاحظ من التاريخ المرضى تغير فى إنجاز المريض وسلوكه سواء فى البيت أو فى العمل كما يشكو المريض من النسيان وقصور الذكاء لديه أو ينكر ذلك ويبرره فى محاوله لإخفاء خلل الذكاء لديه أو شكوى من حوله من الأعراض التعويضية مثل الترتيب الشديد أو الانسحاب الاجتماعى أو ربط الأحداث بتفاصيل دقيقة أو تلاحظ إنفجارات من

الغضب أو السخرية أو الالقاء بنكات غير مناسبة سخيفة أو التقلب الإنفعالى أو التبلد الوجدانى .. ويمكن أن نلخص السمات التشخيصية للخرف فيما يلى :-

أولا : الخرف من نوع ألزهيمر

ويتميز هذا الاضطراب ببداية متخفية ومسار اشتدادى يصل إلى التدهور مع صورة إكلينيكية لخرف متنوع يشمل مختلف القدرات (الذكاء والذاكرة والحكم على الأمور والتفكير التجريدى)، مع تغيرات فى الشخصية والسلوك وباقى صورة الخرف التى سبق ذكرها ،على أن تستبعد كل الأسباب الأخرى التى تسبب خرفا من التاريخ المرضى والفحص الإكلينيكى والإختبارات المعلمية .

ويشخص بالدلالات الآتية :

أ- حدوث قصور معرفى متعدد يظهر فى كل من :

١- خلل الذاكرة (عدم القدرة على تعلم معلومات جديدة أو إستدعاء معلومات سبق أن تعلمها) .

٢- واحد أو أكثر من الاضطرابات المعرفية التالية :-

(أ) جبسة فى صورة خلط فى الكلام .

(ب) جبسة حركية (apraxia) عدم القدرة على تنفيذ فعل حركى ما برغم أن الوظيفة الحركية سليمة .

(ج) عدم التعرف (agnosia) على الأشياء برغم سلامة حواسه .

(د) خلل فى وظائف التخطيط والتنظيم وتسلسل النتائج المنطقى وتجديد الأفكار .

ب - القصور المعرفى السابق يسبب خللا هاما فى الأداء الوظيفى والاجتماعى ويمثل تدهورا هاما عن المستوى السابق .

ج- المسار يتميز بتدرج البداية واستمرار الهبوط المعرفى.

القصور المعرفى السابق لايرجع الى أى مما يلى :-

١- حالات أخرى للجهاز العصبى التى تسبب قصورا متزايدا فى الذاكرة والمعرفة (مثل مرض وعائى أو مرض باركنسون أو مرض هنتجتون أو تجمع دموى تحت الأم الجافية ، إستسقاء الرأس ذو الضغط السوى أو ورم المخ)

٢- الحالات الجهازية التى من المعروف أنها تسبب الخرف (مثل نقص هرمون الغدة الدرقية نقص فيتامين ب١٢ أو حمض الفوليك، أو نقص النياسين ، زيادة الكالسيوم فى الدم زهرى الجهاز العصبى والإيدز) .

٣- الحالات الناتجة عن تأثير مادة .

- هذه القصورات لاتحدث فى مسار الهذيان .
- الاضطراب ليس سببه مرض آخر على المحور الأول (مثل الاكتئاب أو الفصام).

ويكمل التشخيص بوصف البداية والسمات الغالبة :

- ذو بداية مبكرة إذا حدث قبل سن ٦٥ سنة أو عندها .
- المصاحب بهذيان إذا طرأ على الخرف.
- المصاحب بضلالات إذا كانت سمة غالبة.
- المصاحب باكتئاب (إذا كانت مواصفات الإكتئاب تتفق مع الإكتئاب الجسيم) .
- خرف غيرمركب إذا لم يكن مصاحب بأى من السابق.
- ذو بداية متأخرة إذا حدث بعد سن ٦٥ سنة.
- مصاحب بهذيان، أو مصاحب بضلالات، أو مصاحب باكتئاب.
- غير المركب .

ويحدد اذا كان مصاحبا باضطراب سلوك أم لا .

البداية والمسار:

يبدأ إضطراب ألزهيمر فى أغلب الحالات فى الشيخوخة (بعد سن الخامسة والستين)، وفى بعضها قبل الشيخوخة، ونادرا قبل سن الخمسين بداية متخفية ومسار اشتدادى، يصل بالمريض إلى التدهور، ففى المراحل المبكرة يوجد خلل فى الذاكرة فى صورة نقص معرفى ظاهر، وقد يوجد تغيرات فى الشخصية مثل التبلد ونقص التلقائية والإنسحاب الإجتماعى، ويظل المصاب بهذا الإضطراب منظما جدا وحسن المظهر متعاونا .

ويتصرف بطريقة مقبولة إجتماعيا باستثناء سرعة إستثارة ينشأ عنها بعض الإنفجارات الإنفعالية أحيانا، ولكن مع تقدم المرض إلى المرحلة المتوسطة فان الإختلالات المعرفية تصبح واضحة تماما، ويتأثر السلوك والشخصية بشكل واضح، وفى المراحل الأخيرة قد يصبح الشخص أبكم وغير منتبه تماما، ويصبح معوقا لا يستطيع العناية بنفسه وتنتهى بالوفاة خلال خمس سنوات من بدء الأعراض فى حالة الخرف البادئ فى الشيخوخة .

التغيرات الباثولوجية:

فى أغلب الحالات يضمر الدماغ وتتسع الأخاديد فى قشرة المخ كما تتسع البطينات ويظهر هذا فى التصوير المقطعى للدماغ بإستخدام الكمبيوتر، أو بالأشعة بعد الحقن بالهواء، وعادة يكشف الفحص المجهرى عن تغيرات هستوباثولوجية ثلاثة هى :

١- لويحات الأنسجة الهرمة (Senile plaques) وتشير زيادتها إلى شدة الخرف، وهى تحتوى على بروتين يكونها أساساهو (Beta/A4) الذى يتكون من ٤٢

حمض أمينى ببتيدى وهو بدوره نتاج تحلل البروتين الأميلودى الذى هو الأصل، (فى لزمة داون يوجدثلاث نسخ من هذا الجين البروتينى ذو الأصل الأميلويدى) (Trisomy:21) .

٢- لييفات عصبية متشابكة (Neurofibrillary tangles)

٣- تنكس الخلاياالعصبية بفجوات محببة (Granulovascular degeneration of neurons)

التشخيص الفارق :

يجب أن يميز مرض ألزهيمر من :

١- **الشيخوخة الطبيعية** : لا تسبب تدهورا ذكائيا واجتماعيا بصورة بارزة كما يحدث فى مرض ألزهيمر .

٢- **الأسباب القابلة للشفاء** : مثل نزف تحت الأم الجافية أو ورم بالمخ ونقص فيتامين ب١٢ ونقص نشاط الغدة الدرقية يجب إستبعادها بواسطة التاريخ المرضى والفحص والإختبارات العملية .

٣- **الخرف الناشئ عن إحتشاءات متعددة** : الذى يتميز بتقدمه الاشتدادى المتدرج مع وجود علامات عصبية بؤرية مع اعراض مرض بالاوعية الدموية .

٤- **نوبات الاكتئاب الجسيم** : لدى كبار السن قد تتشابه مع الخرف لدرجة اطلق عليها الخرف الكاذب .

٥- **مرض بيك(Pick's Disease)**: يصعب تمييزه من مرض ألزهيمر على أسس إكلينيكية ولكن لوحظ أن (بيك) فيه علامات عصبية بؤرية أكثر وضوحا من ألزهيمر،ولكن يظل التمييز الأكيد للفحص المجهرى لعينة من الدماغ بعد الوفاة .

الإنتشار :

ينتشر مرض ألزهيمر فى نسبة (٢-٤٪) من جموع الناس الذين يتجاوزون الخامسة والستين من العمر، وتزداد هذه النسبة مع تقدم العمر خاصة بعد الخامسة والسبعين، ويكثر انتشاره بين الإناث كما يكثر بين أقارب المصاب (قرابة درجة أولى) عنه بين الناس بصفة عامة .

أسباب مرض ألزهيمر :

مازال السبب فى مرض ألزهيمر غير معروف ولكن إفتراض العامل الوراثى لزيادة إنتشاره بين الأقارب، ولوحظ حدوثه بين أغلب المرضى بلزمة داون(Down's Syndrome) الذين يظلون على قيد الحياة إلى العقد الثالث من العمر، كما اكتشف حديثا شذوذ فى الجين الصبغى رقم (٢١) لدى مرضى ألزهيمر وهونفس الجين الشاذ فى لزمة داون .. التسمم بالألومنيوم حيث لوحظ وجود هذا العنصر بمعدلات مرتفعة فى أنسجة الدماغ للمرضى المتوفين بسبب مرض ألزهيمر، كما لوحظ نقص فى كمية الأنزيم اللازم لتخليق الأستيل كولين (Choline acetyltransferase) ،كما افترض أن السبب عدوى فيروسه أو أنه مرض فى المناعة الذاتية .

ومن المشاهدات التى دعمت نظرية نقص الكولين كسبب للحزف ، أن مضادات الكولين (مثل : الأتروبين وسكوبولامين) تزيد من الخلل المعرفى فى مرضى الخزف ، بينما مماثلات الكولين (agonists) مثل (Physostiginin, arec-oline: وجد أنها تحسن من القدرات المعرفية لهم .. ولوحظ أيضا نقص النور ابينفرين فى مساراته فى منطقة (Locus ceruleus) وذلك فى الفحص الباثولوجى لادمغة ضحايا ألزهيمر .. وهناك ناقلان عصبيان متورطان أيضا فى مرض ألزهيمر (Somatostatin & corticotropine) وهما من البيتيدات النشطة عصبيا

علاج مرض ألزهيمر:

لا يوجد علاج محدد لمرض ألزهيمر ولكن هناك محاولات علاجية تستخدم عقاقير تزيد من الأستيل كولين، مثل تتراهيدروأمينوكريدين أو الكولين والليثين، التى يتكون منها الأستيل كولين ولوحظ أن خلطه مع العوامل التى تحفظ النشاط قبل المشبكى للخلايا العصبية مثل البيراسيتام (Piracetam) الذى يعرف تجاريا باسم نوتروبيل (Nootropil)، بالإضافة لرعاية المرضى التى قد تصل إلى رعاية مستمرة فى الحالات الشديدة التدهور، وإعطاء عقاقير للأعراض النفسية إذا لزم الأمر، كما يجب توجيه الاهتمام لأسرته التى تعنى به والتى قد يصيبها الملل من رعايته لفترة طويلة دون تحسن .

ويتم تجنب العقاقير ذات المفعول مضاد للكولين ، يستثنى من ذلك عقار الثيوريدازين فبرغم أنه له مفعول مضاد للكولين إلا أنه فعال فى السيطرة على سلوك مرضى الحزف، خاصة عندما يعطى بجرعات قليلة .كذلك البنزوديازبين قصيرى المفعول تاكرين (Cognex)(Tacrin) وهو مثبط للإنزيم الذى يكسر الكولين ، وأعطى تحسنا فى نسبة تتراوح بين ٢٠-٢٥٪ فى دراسات منضبطة منهجيا . وان كان بعض المرضى لايطيقونه وقد يرفع إنزيمات الكبد لمرضى آخرين .يعطى المريض علاجا تدعيميا وتعليميا ويشرح لهم طبيعة المرض ومساره ومساعدتهم على تقليل الإعاقة ، مع تقوية وتدعيم الوظائف التى تظل تعمل ولم يصبها العطب بعد، كما يساعد المعالج المريض على تقوية الحيل التكيفيية التى يستخدمها المريض مثل وضع تقويم أمامه لمعرفة اليوم وعمل جدول لمعرفة الانشطة اليومية وكتابة نبذات عن المشكلات التى تواجهه وعدم الإعتماد على الذاكرة .

مع مساعدة من يعنى به من تقليل الشعور بالذنب ولوم النفس.

ثانيا : الخرف الوعائى

الخرف الناتج عن إحتشاءات متعددة

(Vascular Dementia)(Multi-Infarct Dementia)

وهوالخرف الذى يكون التدهور المعرفى فيه على شكل خطوات ويترك فى البداية بعض الوظائف المعرفية نسبيا ، كما توجد علامات عصبية بؤرية واضحة مثل ضعف الأطراف وعدم تماثل المنعكسات العصبية العميقة وصعوبة الكلام وضيق الخطوات فى المشية وذلك طبقا لمناطق الدماغ التى يصيبها التلف .

ويوجد برهان على المرض الوعائى المخى يظهر من خلال الفحص الجسمانى، كارتفاع ضغط الدم اوتضخم عضلة القلب اوشذوذات وعائية فى فحص قاع العين وهذا المرض الوعائى يجب أن يوضع على المحور الثالث .

ويصاحبها نوبات من الضحك والبكاء وصعوبة الكلام وصعوبة البلع، وقد توجد فترات من تغيم الوعى أو الإغماء والصداع وإضطراب النوم وتغيرات فى الشخصية . ويلاحظ أن هذا الاضطراب يبدأ فى سن مبكرة عن مرض ألزهيمر .

ويظهر الفحص الباثولوجى مناطق من التلين فى الدماغ مع تغيرات باثولوجية متفاوتة فى الأوعية الدموية .

والدلالات الآتية تشخص الخرف الوعائى :

نفس القصور المعرفى والوظيفى المذكور فى أ،ب السابق (فى مرض ألزهيمر) .

جـ - العلامات العصبية الموضعة (مثل زيادة شدة المنعكسات العصبية وعلامة بابنسكى الموجبة، وشلل عضلات البلعوم الكاذب واضطراب المشية وضعف الأطراف) أو العلامات الإستقصائية التى تشير إلى مرض وعائى (مثل

الاحتشاء المتعدد الشامل للقشرة والمادة البيضاء) التى يحكم بأنها مسئولية عن الاضطراب سببيا .

د - لايحدث القصور فى مسار الهذيان.

ولحدد السمة الغالبة ماذا كان :

- مصاحب بهذيان
- مصاحب بضلالات
- مصاحب باكتئاب
- غير مركب

كما يحدد ماذا كان :

- مصاحبا بإضطراب سلوك أم لا .

التشخيص الفارق :

١- نوبات القصور الدموى المخى العابر (Transient ischaemic attacks) وهى فترات قصيرة من فقد بعض الوظائف البؤرية العصبية التى تقل عن ٢٤ ساعة (عادة من ٥ - ١٥ دقيقة) وهناك آلية قد تكون مسئولة عن هذه النوبات هى صمات(Emboli) صغيرة جدا تسبب هذا القصور الدموى العابر، وتزول تلقائيا دون تغير باثولوجى فى أنسجة المخ .

٢- مرض ألزهمير (الذى سبق وصفه) .

انتشار الخرف الوعائى :

يقل انتشاره كثيرا عن مرض ألزهيمر ويكثر بين الذكور .

الاسباب :

المرض الوعائى الموجود هوالمسئول عن الإحتشاءات فى الأوعية الدموية الصغيرة الحجم والمتوسطة،ويترتب عليهاضمور خلوى ينتشرفى مناطق متسعة من الدماغ،وانسداد الاوعية الدموية بواسطة جلطات صغيرة من أماكن أخرى بالجسم أو من جراء تصلب شرايين المخ.

- علاج الخرف الوعائى (الناتج عن الاحتشاءات المتعددة)

علاج المرض الوعائى وضغط الدم المرتفع قد يمنع من تقدم المرض، كما أن التوقف عن التدخين يحسن من الوظائف المعرفية، بالاضافة الى علاج الخرف بوجه عام، مثل الاهتمام بصحة المريض الجسمانية وتوفير رعاية أسرية، وعقاقيرنفسية اذا لزم مثل منوم فى حال الأرق، اومضاد الاكتئاب فى حالة وجود اكتئاب .

ثالثا : الخرف بسبب حالة طبية عامة

وهو نقص القصورالمعرفى والوظيفى كالسابق ذكره فى (أ،ب) فى خرف ألزهيمر.

جـ -دليل من التاريخ المرضى أو الفحص الجسدى أو المعملى أن الإضطراب نتيجة مباشرة للحالة الطبية العامة فى القائمة المذكورة .

د - القصور لا يحدث فى مسار الهذيان.

والحالات الطبية العامة (المرضية الجسمانية)التى تسبب الخرف هى :

* خرف بسبب الإيدز (H.I.V).

* خرف بسبب إصابة الرأس

* خرف بسبب مرض باركنسون

* خرف بسبب هنتجتون

* خرف بك .Pick's Dis

* خرف بسبب مرض (Creutzfeldt-Jakob Disease)

* خرف بسبب طبى غير السابق ذكرها مثل :نقص هرمون الغدة الدرقية أو ورم بالمخ.

وفيما يلى نبذة عن كل منها :

١- خرف بسبب الايدز (مرض نقص المناعة المكتسب) (H.I.V):

لوحظ وجود بؤر من التلف فى المادة البيضاء وما تحتها من تراكيب، مع زيادة البروتين والخلايا الليمفاوية فى السائل النخاعى الشوكى ، وتظهر أعراض الحزف مصاحبة برعشة وعدم القدرة على أداء حركات سريعة متكررة والرنح وزيادة وشدة المنعكسات العصبية وصلابة ثنى المفاصل ، وعندما يحدث للأطفال يتسم بتأخر النمو وصلابة ثنى المفاصل(hypertonia) وصغر حجم الرأس وتكلس النوى القاعدية .

٢- خرف بسبب اصابة الرأس :

حيث تكون مباشرة بعد إصابة الرأس ، والخلل العقلى يعتمد على امتداد ومكان الإصابة والتلف الذى أحدثته .

٣- خرف بسبب مرض باركنسون :

وهو مرض عصبى بطىء التقدم يتميز بالرعشة أثناء السكون وتصلب

العضلات وعدم ثبات الوضع ، والخرف يصيب ٢٠-٦٠٪ من مرضى الباركنسون وأكثر فى المرضى كبار السن أو الذين يشتد المرض لديهم وكثيرا ما يتفاقم الخرف لدى مرضى الباركنسون بسبب الاكتئاب .

٤- الخرف بسبب كوزيا هنتجتون (Huntington's Dis.)

وهو مرض وراثى يصيب المعرفة والإنفعالات والحركة ، ويصيب الرجال والنساء على السواء حيث ينقل بجين وراثى سائد أحادى (autosomal dominant) على الذراع القصير للصبغى الرابع، ويشخص عادة فى نهاية الثلاثينيات من العمر وبداية الأربعينات ، ولكنه قد يبدأ مبكرا فى عمر ٤ أعوام فى الشكل الذى يصيب الصغار أويظهر متأخرا عند الخامسة والثمانين .. وبدايته متخفية بتغيرات فى السلوك والشخصية بما فيها الاكتئاب وسرعة الإستثارة والقلق، وبعضهم يمثلون بشذوذات الحركة تبدأ بما يشبه التململ العصبى وتزداد إلى رقص وكنغ عام (chorcoathetosis) وخلل الذاكرة الذى يخل بأداء الوظائف وسوء الحكم على الأمور . وهذا الاضطراب قد يصيب ٥٠٪ من أبناء المصاب به .. وحاليا يوجد إختبار جينى يمكن أن يحدد أى الأفراد أكثر عرضه لهذا المرض .

٥- الحزف بسبب مرض بيك (Pick's Disease):

وهو مرض تنكسى يصيب الدماغ خاصة الفصوص الأمامية والصدغية ، ويحدث تغيرا فى الشخصية فى مساره المبكر ، بينما تحدث أعراض الخرف فى مساره اللاحق ، حيث يشتد الخزف تدريجيا مع تزايد الضمور الذى يلاحظ بواسطة تصوير الدماع الطبقى بواسطة الكومبيوتر أو الرنين المغناطيسى ، وهو السبيل إلى تمييز مرض بك من ألزهيمر ، حيث لا يمكن التفرقه إكلينيكا .

٦- **حزف بسبب مرض كروتزفيلد - جاكوب**(Creutzfelat-Jakob Dis)

وهو مرض يسبب التهابا أقل من الحاد اسفنجى بالمخ ينشأ عن مجموعة من الفيروسات بطيئة التأثير ويتميز (بحركات لا إرادية خاصة(Myoclonus) وفترات من نشاط تخطيط الدماغ والحزف)، ولكن ربع المرضى تقريبا لايمثلون بهذا الشكل النمطى ، ويمكن الجزم بهذا المرض فقط بعد فحص عينة من الدماغ بعد الوفاة .. ويحدث عند أى سن فى البالغين ولكنه يكثر بين عمرى ٤٠و ٦٠ سنة ، وفى نسبة ٥-١٥٪ قد يكون للوراثة دور فى المرض ، و أعراضه المنذرة قد تكون فى صورة إجهاد وقلق واضطراب الشهية والنوم الكثير ونقص التركيز، ثم بعد شهور يظهر خلل التحكم وتغير الرؤية وخلل المشية وحركات تشبه الرقص (الكوريا) أو الكنغ، ويظهر تخطيط الدماغ نوبات من الموجات الثلاثية المتماثلة Periodic sharp triphasic and synchronus discharges

وهو يعدى فى حالات نقل القرنية ، حيث أن العامل الناقل للمرض لا يهلك بالمطهرات ، ولذا تؤخذ الحيطة الشديدة عند عمليات أخذ عينة من أدمغة المتوفين .

رابعا : الخرف بسبب تأثير ثابت لمادة

ويحدث فيه نفس القصورالمعرفى والوظيفى السابق ذكره فى (أ، ب) .

جـ - القصور لايحدث فى مسار الهذيان ويظل لما بعد الفترة المعتادة للانسمام أو الانسحاب للمادة.

د - يوجد دليل من التاريخ المرضى أو الفحص الجسمانى أو المعملى أن سبب القصور هو التأثير الثابت لتعاطى مادة (مثل : الادمان اوعلاج)

تحدد المادة التى سببت الخرف :

- كحول - مستنشقات - مهدئات

- منومات - مضادات قلق - مادة غير معروفة.

خامسا : الخرف بسبب متعدد

ويحدث فيه أيضا نفس القصورالمعرفى السابق ذكره فى (أ ، ب).

جـ - يوجد برهان من التاريخ المرضى أو الفحص الجسمانى أو المعملى يشير الى أن الاضطراب له أكثر من سبب (مثل : اصابة الراس وتعاطى الكحول المزمن وألزهيمر أو سبب وعائى).

د - لايحدث فى إطار مسار الهذيان .

سادسا : الخرف غير المصنف فى مكان آخر

الذى لايتفق مع مواصفات الحزف المذكور فى أى من الأنواع المحددة .

التشخيص الفارق للخرف بوجه عام :

١- **علامات الشيخوخة العادية** : والتى لا يكون فيها خلل الذاكرة شديدا ولا يكفى للتداخل مع الأداء الوظيفى والاجتماعى.

٢- **الهذيان** : ويختلف عنه الخرف فى وجود خلل الذاكرة مع اليقظة وثبات الاعراض وعدم تماوجها .

٣- **الفصام** : وفيه يغيب السبب العضوى خلافا للخرف.

٤- **نوبة الاكتئاب الجسيم** : التى قد تسبب خلل الذاكرة وصعوبة التركيز والتفكير وهوما يسمى بالخرف الكاذب، وفى حالة غياب السبب العضوى مع وجود اعراض تشير الى اكتئاب اوخرف، فمن الأفضل أن يشخص الاكتئاب ونفترض أن أعراض الخرف ثانوية للاكتئاب، لأن فرصة الشفاء من الاكتئاب أفضل، واعطاء مضادات الاكتئاب اوالعلاج الكهربائى قد يكشف عن

التشخيص الحقيقى، حيث تتحسن حالة المريض المعرفية إذا كان اكتئابيا ،والجدول رقم (١) يساعد فى التمييز بينهما . ..

	الخـــــــرف	الخـــــرف الكاذب
البداية	- القصور المعرفى والذكائى يسبق حدوث الاكتئاب	- اعراض الاكتئاب تسبق القصور المعرفى
لأعراض الظاهرة	- ينكر المريض القصور المعرفى ويحاول اخفائه باللف والدوران والتكرار وتغيير الموضوعات .	- شكو المريض من خلل الذاكرة وعجزه عن أداء المهام التى تتطلب ذكاءه .
المظهر والسلوك	- غالبا مهمل متبلد غير معبر الوجه وتفاعلاته انفجارية، وتعبيره الانفعالى سطحى ومتقلب .	- حزين الوجه متوتر،لايبدو عليه السرور إطلاقا.
الاستجابة للأسئلة	- غالبا غاضب أو ساخر أو يحاول جاهدا الإجابة على السؤال ولكنه يخطئه .	- غـالبا بطـئ يجـيب أنــه لايعرف .
الانجاز الذكائى	- عادة يختل فى جملته	- غــالبا ينحصـر فــي خلل الذاكـرة وغـيـر ثـابت وعـدم اهتمـام المريـض هو السبب فـى الخلل المعـرفى
المقابلة تحت تأثير الصوديوم اموباربيتا	- يـزداد القصـور المعـرفى .	- يتحســن الأداء الذكـائى والمعرفى .

انتشار الخرف بوجه عام :

ينتشر الخرف (٣١) بنسبة تصل الى (٥٪) من كبار السن بدرجة تجعلهم غير قادرين على رعاية أنفسهم، وبنسبة (١٠٪) بدرجة خفيفة، ويزداد معدل

انتشار الخرف مع تزايد السن، حيث يزداد فى سن الثمانين وما فوقها الى خمسة امثال معدله فى سن السبعين ومادونها ، ونظرا لتزايد معدل الأعمار فى السنوات الأخيرة وكثرة عدد المسنين فإن الخرف أصبح مشكلة صحية عامة .

أسباب الخرف:

أكثر حالات الخرف لا تشير الى سبب محدد وأكثر الاسباب شيوعا للخرف هوالخرف التنكسى من نوع ألزهيمر، ويصل إلى ٦٥٪من الحالات[١]، يليه الاحتشاء المتعددلأوعية الدماغ الدموية، ويصل الى (١٠٪) من الحالات ، وهناك خطورة حالية من تزايد لزمة نقص المناعة المكتسب(AIDS) التى تسبب الخرف،

ولحصر أغلب الاسباب التى تسبب الخرف نورد هذا التلخيص لها فيما يلى :

١- مرض يصيب خلايا الجهاز العصبى مثل: مرض ألزهيمر ومرض بيك ومرض هنتجتون (Huntington) ومرض باركنسون والتصلب المتناثر(MS)

٢- اضطرابات جهازية(Systematic)وتشمل :

(١) اضطرابات الأيض والغدد الصماء مثل مرض الغدة الدرقية وجار الدرقية ونقص السكر بالدم.

(٢) مرض التهاب الدماغ الكبدى (Hepatic encephalopathy)الناشئ عن إختلال وظيفة الكبد.

(٣) مرض بالجهاز البولى مثل التهاب الدماغ الناشئ عن التسمم بالبولينا .

(٤) مرض بالجهاز الدورى مثل إحتشاء المتعدد للأوعية الدموية بالدماغ ونقص الأكسجين المخى.

---

(١) هذه النسب فى المجتمعات التى درست فيها معدلات الإنتشار مثل أمريكا .

(٥) مرض بالجهاز التنفسى ينتج عنه نقص الأكسجين الواصل إلى المخ.

٣- حالات نقص فيتامين ب (Cyanocobalamine) والنياسين(Niacin) أحد أعضاء فيتامين ب وحمض الفوليك .

٤- عقاقير اوسموم.

٥- أورام داخل الجمجمة وإصابات للدماغ.

٦- عدوى مرضية للجهاز العصبى مثل الزهرى والدرن والتهاب الاغشية السحائية (ميكروبى اوفطرى) ومرض نقص المناعة المكتسب .

٧- اضطرابات أخرى مثل : مرض ولسون واستسقاء الدماغ.

علاج الخرف بوجه عام :

ويكون طبقا للسبب فاذا كان السبب قابلا للعلاج أمكن الشفاءبدرجة كبيرة، مثل حالات نقص افراز الغدة الدرقية اونقص حمض الفوليك اوالزهرى اوالتجمع الدموى تحت الأم الجافية، اواستقصاء الدماغ الطبيعى الضغط، ولكن هناك أسبابا يجد العلم حاليا فى الوصول إلى علاج لها، خاصة مرض ألزهمير ومرض نقص المناعة المكتسب (الإيدز) .

ومع علاج السبب تراعى تغذية المريض وعلاج المشكلات الطبية المصاحبة مثل التهابات الجهاز البولى، ومراعاة الأنشطة الترفيهية ودور العلاج النفسى الإجتماعى فى اعطاء المساندة والتوجيه للمريض وأسرته، وينصح بعدم تعريض مرضى الخرف للمواقف الجديدة المعقدة، لأنها تربكهم ويفضل الجو الأسرى المألوف الذى يتحسنون فيه مع محاولة شغلهم طيلة الوقت.

وتعالج الأعراض المصاحبة للخرف مثل القلق والاكتئاب والأعراض الذهانية بالمضاد المناسب على أن تكون بجرعات قليلة وبحذر، لأن هؤلاء المرضى لديهم قابلية لحدوث الهذيان من العقاقير النفسية .

وهناك محاولات علاجية لمرضى ألزهمير بعقاقير تزيد من نشاط الاستيل كولين أو تزيد من تخلبقه أو تقلل من تكسيره مثل خلط الكولين مع العوامل المحفزة للنشاط قبل المشبكى(Presynaptic) للخلايا العصبية مثل البيراسيتام(Piracetam) الذى يفيد بعض المرضى.

إضطراب النساوة

ويتميز هذا الاضطراب بخلل الذاكرة القصيرة والبيعدة التى تعزى إلى مرض جسمانى محدد أو بسبب تأثير مادة، فيصبح الشخص عاجزا عن تعلم شيئاً جديدا (فقد الذاكرة للاحداث القريبة)، وهذا هوسبب النساوة المتقدمة وعدم القدرة على استدعاء اشياء كان يعرفها فى الماضى (فقد الذاكرة طويلة الأمد)،وهذا يفسر النساوة الراجعة، ولا يتم تشخيص النساوة إذا وجد خلل الذاكرة فى إطار نقص قدرة المحافظة على الإنتباه وتحويل الإنتباه من مثير لآخر (كما فى الهذيان) أو إذا وجد مرتبطا بخلل فى التفكير التجريدى وضعف الحكم على الأمور اواضطراب الوظائف القشرية العليا اوتغير الشخصية (كما فى الخرف).

ويصاحب اضطراب النساوة عدم الاهتداء الناتج من النساوة الشديدة والاختلاق لملء فراغات الذاكرة، وذلك بتخيل أحداث لم تقع أصلا وذلك مع عدم استبصار بفقد الذاكرة وإنكاره حتى مع وجود براهين عليه، وبعضهم يقبل المشكلة ويظهر عدم الإهتمام وكثيرا ما يصاحبها التبلد ونقص المبادرة والبرود الإنفعالى.

البداية والمسار والتبؤ بالمآل:

تعتمد بداية النساؤة على السبب ولكنها فى أغلب الحالات تكون مفاجئة وكذلك المسار والمآل يتبع السبب أيضا وقد يكون الاضطراب عابرا أو مستمرا

ومآله قد يكون الشفاء الكامل أو الجزئى لوظيفة الذاكرة، وبصفة عامة فإن المسار يكون مزمنا وتكون النساوة عابرة مع شفاء تام فى حالات صرع الفص الصدغى وقصور الدم المخى والعلاج بالصدمات المحدثة للتشنجات وتعاطى عقاقير من مجموعة البنزوديازبين أو الباربتيورات وتوقف عضلة القلب، أما النساوة الثابتة بدرجة ما من الشدة قد تتبع اصابة الرأس والتسمم بغاز أول أكسيد الكربون والنزف تحت الأم الجافية والاحتشاؤ المخى والإلتهاب الناشئ عن فيروس الهربس (Herpes simplex) .

وينشأ عن النساوة اختلال فى وظيفة الشخص الاجتماعية والوظيفة وقد تسبب مخاطر مثل نسيانه نارا مشتعله قد تسبب حريقا .

التشخيص :

يشخص اضطراب النساوة بوجود خلل الذاكرة القريبة والبعيدة وليس خلال مسار هذيان ولا تتفق مواصفاته مع الخرف ، وطبقا لسببه كما يلى :-

١- اضطراب النساوة الراجع لحالة طبية عامة :

أ- حدوث خلل بالذاكرة يظهر فى عدم قدرة الفرد على التعلم للمعلومات الجديدة أو عدم القدرة على استدعاء معلومات سابقة التعلم.

ب - خلل الذاكرة يسبب قصورا فى الأداء الوظيفى والاجتماعى ويمثل تدهورا هاما عن المستوى الوظيفى السابق.

جـ - اضطراب الذاكرة لايحدث فى إطار مسار الهذيان أو الخزف.

د- يوجد برهان من التاريخ أو الفحص الجسمانى أو المعملى أن الاضطراب نتيجه مباشرة للتأثيرات الفسيولوجية للحالة الطبية العامة (بما ذلك الإصابات الجسدية)

ويحدد ما اذا كانت :

- عابرة : ظلت شهر فأقل.
- مزمنة : أكثر من شهر.

٢- اضطراب النساوة بسبب التأثير الثابت لتعاطى مادة:

حيث يحدث نفس القصورالسابق ذكره (أ ، ب) .

جـ- اضطراب الذاكرة لايحدث فى إطار مسار الهذيان أو الخزف ويظل بعد المدة المعتادة للانسمام أو الانسحاب للمادة.

د - يوجد برهان من التاريخ أو الفحص الجسمانى أو المعملى أن اضطراب الذاكرة يعزى إلى التأثيرات الثابته لتعاطى مادة (مثل : الادمان أو العلاج الدوائى) .

حدد المادة :

- الكحول - المهدئات - المنومات - مضادات القلق أو مادة غير معروفة

٣- إضطراب النساوة غير المحدد فى مكان آخر :

لتشخيص النساوة التى لاتتفق مع مواصفات أى من السابق ذكرها فى هذا الفصل (مثل : نساوة لايوجد مايكفى لتحديد سببها) .

اضطرابات معرفية أخرى غير محددة فى مكان آخر

- للاضطرابات التى تتميز بخلل معرفى مفترض أنه يعود للتاثيرات الفسيولوجية لحالة مرضية جسمانية، ولكنه لايتفق مع مواصفات الهذيان اوالخزف اوالنساوة مثل :
- اضطراب معرفى عصبى خفيف : خلل فى الوظيفة المعرفية كما يبرهن عليه باختبارات أو من الفحص الاكلينيكى مصاحب ببرهان على مرض جسمانى أو

خلل بالجهاز العصبى .

- اضطراب ما بعد ارتجاج يتبع إصابة الرأس نتج عنه خلل الذاكرة أو الإنتباه مع أعراض مصاحبة.

التشخيص الفارق :

١- **الهذيان أوالخرف** : حيث فى كليهما يكون النسيان أيضا بسبب نقص الانتباه كما فى الهذيان، اوالخلل المعرفى كما فى الخرف .

٢- **استحداث اعراض نفسية** : ولكن فحص الذاكرة يكشف عن تناقض فى النتائج كما لا يوجد سبب عضوى.

انتشار النساوة :

لا توجد دراسات تكشف عن معدل انتشار النساوة ،ومن ثم انتشار العوامل المختلفة المسببة للنساوة غير محدد، إلا أنه لوحظ أن أكثر هؤلاء الأشخاص من مدمنى الكحوليات المزمنين كما لوحظ أن اضطراب النساوة غير شائع الانتشار.

أسباب النساوة العضوية :

تحدث النساوة العضوية نتيجة لعدد من العوامل العضوية التى تسبب تلفا على الجانبين لمكونات الدماغ البينى(diencephalic) والتراكيب الصدغية مثل الجسم الحلمى واللوزة والحصين(hippocampus)، وأكثر الاسباب شيوعا هونقص الثيامين المرتبط بالادمان المزمن للكحول والذى يطلق عليه لزمة كورساكوف(Korsakoff's Syn.)،وقد يحدث نتيجة للجوع الطويل (فى المجاعات) أوفى حالات سرطان المعدة أو الغسيل الكلوى أوقىء الحمل الشديد،وترتبط لزمة كورساكوف بالتهاب الدماغ الفرنى-(Wernicke's encepha

lopathy) الذى يحدث فيه تغيم الوعى والرنح وشلل العين،وهناك اسباب أخرى، منها إصابة الرأس ونقص الأكسجين المخى والأورام وإحتشاء فى بعض فروع الشريان المخى الخلفى، والامراض التنكسية (مثل مرض ألزهيمر) والتدخل الجراحى والالتهاب الميكروبى الفيروسى للدماغ والعلاج الكهربائى المحدث للتشنجات ولكنه يزول بعدفترة تتراوح من ساعات الى شهور، والصرع، وقد تكون النساوة عابرة وشاملة (Transient global amnesia)، وتتميزبفقد مفاجئ للاحداث القريبة مع عدم تذكرمايستجد من معلومات وفقد الاستبصار،مع قدرة جيدة على أداءالمهارات الثابته التعلم وتظل من ٦-٢٤ ساعة وتحدث بمعدل ٥-١٠ حالات فى كل مائة ألف،وتزيدفوق سن الخمسين لتصل إلى٣٠ حالة فى كل مائة ألف، وليست معروفة السبب ولكن يحتمل نقص الدم فى الفص الصدغى والدماغ البينى،خاصة فى النصيف الأيسر من قشرة المخ.

علاج اضطراب النساوة :

ينبغى أن يتجه العلاج للعامل المسبب للنساوة فالورم يتم استئصاله ونقص الثيامين يعوض باعطائه مع فيتامين ب المركب وحمض الفوليك .. أما فى الحالات التى إستقرت فيها النساوة فإن الإهتمام يتجه للوسائل المسانده للمريض مثل ترتيب الجو المحيط بالمريض وعلاج القلق المصاحب أما العقاقير المنشطة للذاكرة فليست ذات فاعلية تذكر حاليا .. ومن الضرورى العلاج النفسى بعد إختفاء النساوة حتى يمكن المريض التوافق داخليا مع خبرة النسيان التى مربها .

وفى علاج النساوة يمر المريض بمراحل خلال عملية الشفاء **ففى الأولى** التى فيها المريض غير قادر على استيعاب ما حدث بسبب دفاعات الأنا الغامرة، وهو يستدعى معالجا ليساند أنا المريض ويوضح للمريض ماحدث ويكمل النقص فى وظائف الانا ،**وفى الثانية** عندما يعى الواقع والإصابة قد يصبح غاضبا وسائرا بأنه ضحية ويشعر أن الآخرين بما فيهم الأطباء سيئون، وعلى المعالج أن

يستوعب ذلك دون عقاب أو رفض للمريض، ويستمر فى توضيح ما حدث .
وفى الثالثة : وهى لتكامل شخصية المريض في إستيعاب ما حدث وتكوين هوية جديدة ترتبط بالخبرات الحالية مع الخبرات السابقة.

إضطرابات عقلية ترجع إلى حالة مرضية جسمانية

وهى الاضطرابات العقلية التى تعزى الى حالة جسمانية حيث توجد اعراض عقلية يحكم بأنها ناتجة عن تغيرات فسيولوجية للحالة الجسمانية.

والهدف من تمييز الحالة العقلية من الجسمانية هو لتشجيع دقة الفحص والتقويم وإعطاء فرصة لزيادة التواصل بين من يعملون فى الرعاية الطبية.

وتشمل :

١- الإضطراب الكتاتونى الناتج عن حالة مرضية جسمانية.

٢- تغير الشخصية الناتج عن مرض جسمانى.

٣-إضطراب عقلى غيرمصنف فى مكان آخر ويعزى إلى حالة مرضية جسمانية .

٤- الهذيان الذى يعزى إلى حالة مرضية جسمانية.

٥- الخزف الذى يعزى إلى حالة مرضية جسمانية.

٦- النساوة التى تعزى إلى حالة مرضية جسمانية.

٧- إضطراب ذهانى بسبب حالة طبية عامة (مع الفصام والإضطرابات الذهانية الأخرى) .

٨- إضطراب الوجدان بسبب حالة طبية عامة (مع إضطرابات الوجدان) .

٩- إضطراب القلق بسبب حالة طبية عامة (مع إضطرابات القلق) .

. ١- إضطراب الوظيفة الجنسية بسبب حالة طبية عامة (مع اضطرابات النوم) .

١- الإضطراب الكتاتونى الناتج عن حالة مرضية جسمانية :

أ- وجود كتاتونيا تتسم بالتخشب الحركى أو زيادة النشاط الحركى (غير الهادف ولايتأثر بالمثيرات الخارجية)، أو السلبية المفرطة أو البكم أو غرابة الحركة الارادية أو محاكاة الحركة أو الكلام.

ب - يوجد برهان من التاريخ المرضى أو الفحص الجسمانى أو المعملى أن الاضطراب هو نتاج تاثير مباشر لتغيرات فسيولوجية ناتجة من الحالة المرضية الجسمانية.

جـ - الاضطراب لايعتبر ضمن اضطراب آخر عقلى مثل (الهوس) .

د- الاضطراب لايحدث خلال مسار الهذيان.

يذكر إسم الحالة المرضية الجسمانية المسببة للكتاتونيا مثل اضطراب كتاتونى بسبب التهاب المخ الكبدى(Hepatic encephalopathy)

٢- تغير الشخصية الناتج عن حالة مرضية جسمانية :

يتميز هذا الاضطراب بتغير واضح فى نمط الشخصية أو سماتها عن السابق، ويكثر فى هذا الاضطراب عدم الثبات الانفعالى والانفجارات المتكررة من الغضب أو العدوان أو اختلال الحكم على الأمور اجتماعيا، كما يلاحظ التبلد وعدم التمايز أو الشك أو الافكار الاضهادية وقد تحدث لزمة اضطراب الشخصية لطفل صغير لم يكتمل نمو شخصيته بعد ويشخص بواسطة التغيرات الهامة فى نمط سلوك الطفل المعتاد.

وتعتمد الصورة الإكلينيكية على طبيعية ومكان الآفة الباثولوجية، فالأفعال غير المقبولة اجتماعيا مثل التصرفات الجنسية دون إهتمام بالعواقب، أو

التبلد الواضح وعدم التمايز وعدم المبالاة بما يحدث حوله، هذان النمطان يرتبطان بتلف الفصوص الأمامية للمخ ولذا تسمى (لزمة اضطراب الفص الأمامى للمخ).

وهناك نمط آخر يرى فى المصابين بصرع الفص الصدغى، حيث يلاحظ خشونة القول والفعل والتدين، وأحيانا العدوان المفرط، وقد يكون التغير الواضح فى الشخصية هو الشك والاضطهاد، واذا كانت نوبات العدوان أو الغضب بارزة يشار الى هذا النوع بالانفجارى (Explosive type)

يلاحظ أن مرضى إضطراب الشخصية هؤلاء لديهم يقظة واضحة وأن الخلل المعرفى البسيط لا يشير إلى تدهور الذكاء، ونقص الإنتباه لديهم هوالمسئول عن خلل الذاكرة للأحداث القريبة .

البداية والمسار والتنبؤ بالمآل :

البداية عادة مفاجئة حيث تتغير الشخصية فجأة اوخلال فترة قصيرة والمسار والتنبؤ بالمآل يعتمدان على السبب، فإذا كان تلفا تركيبيا فى الدماغ فإن الاضطراب سيظل ثابتا وقد يحدث الإضطراب بعد فترة من الغيبوبة والهذيان فى حالات إصابة الرأس، وقد يكون ثابتا .. وقد يتحول اضطراب الشخصية العضوى الى خرف فى حالات أورام الدماغ والتصلب المتناثر ومرض هنتنجتون.

اما تغيرات الشخصية الناتجة من تسمم مزمن أو مرض طبى عام أو علاج عقارى (مثل الدوبا المستخدم فى علاج مرض الباركنسون) فقد تختفى بعد إزالة السبب

بعض المرضى قد يتدهورون لدرجة يلزم معها الإشراف عليهم فيما يلزمهم من طعام وشراب وإخراج وحمايتهم من نتائج أفعالهم المخالفة للقانون .

التشخيص :

يجب أن نفكر فى تشخيص اضطراب الشخصية الناتج عن حالة مرضية جسمانية فى حالات التغير الملحوظ فى السلوك متضمنا التقلب الانفعالى وخلل التحكم فى النزعة وليس لديهم تاريخ لمرض نفسى وهذا التغير حدث فجأة أو خلال فترة قصيرة.

والدليل التشخيصى الأمريكى الرابع يورد الدلالات التشخيصية الآتية :

أ- تغير الشخصية الثابت عن مواصفات الشخصية السابقة (فى الأطفال الاضطراب يشمل انحرافا ملحوظا عن النمو السوى أو تغيرا هاما فى سلوك الطفل المعتاد الذى يظل على الأقل مدة سنة) .

ب - يوجد برهان من التاريخ المرضى أو الفحص الجسمانى أو المعملى أن الاضطراب ناتج عن تغيرات فسيولوجية للحالة المرضية الجسمانية.

جـ- الاضطراب لايعد جزءا ضمن اضطراب عقلى آخر (بما فى ذلك الاضطرابات العقلية التى تعزى إلى حالة مرضية جسمانية) .

د - الاضطراب لايحدث خلال مسار الهذيان ولايتفق مع مواصفات الحزف.

س - الاضطراب يسبب خللا فى النواحى الاجتماعية والوظيفية والنواحى الأخرى الهامة.

يحدد ما اذا كان :

- النوع : متقلب إنفعاليا .
- النوع : غير المثبط النزعة كما يبدو من سيطرة النزعة الجنسية.
- النوع : العدوانى السلوك.
- النوع : المتبلد.

- النوع : الشكاك.
- النوع : غير الأنواع السابقة.
- النوع : المختلط.
- النوع : غير المحدد.

التشخيص الفارق :

١- الخرف : الذى يتضمن تدهورا كليا فى الذكاء والقدرات المعرفية والسلوكية ويعد تغير الشخصية أحد جوانبه فقط، فقد يكون تغير الشخصية هوعلامة أولية لمتلازمة الخرف.

٢- فى الفصام والاضطراب الضلالى واضطرابات الوجدان واضطرابات ضبط النزعة غير المصنف فى مكان آخر قد يحدث تغير فى الشخصية الا أنه لا يوجد سبب عضوى يعزى اليه هذا التغير.

والأسباب الآتية قد تحدث هذا النوع من اضطراب الشخصية :

١- تلف أجزاء معينة من الدماغ بسبب إصابة للرأس أو ورم خاصة فى الفصوص الامامية أو ضغط على هذه الاجزاء بسبب ورم الأغشية السحائية أو تجمع دموى تحت الأم الجافية .

٢- صرع الفص الصدغى .

٣- التصلب المتناثر ومرض هنتنجتون .

٤- مرض باركنسون الحادث بعد إلتهاب الدماغ .

٥- أمراض الغدد الصماء (الدرقية والكظرية) .

٦- التسمم المزمن بالزئبق والمنجنيز .

٧- تعاطى عقاقير منشطة نفسيا مثل إل. إس . دى .

علاج اضطراب الشخصية الناتج عن حالة مرضية جسمانية :

يعالج السبب إذا كان قابلا للعلاج وإعطاء عقاقير نفسية للأعراض الواضحة وقد يلزم رعايته إجتماعيا .

الاضطرابات العقلية غير المصنفة فى مكان آخر والتى تعزى الى حالة جسمانية مرضية

يشمل الاضطرابات التى تعزى إلى الحالة المرضية الجسمانية ولكن لاتتفق مع مواصفات أى من الاضطرابات العقلية السابقة والتى تعزى إلى حالة مرضية جسمانية (مثل : الانشقاق الذى يعزى إلى نوبة جزئية صرعية) .

الاضطرابات التى تعزى الى مادة

Substance-Related Disorders

وتشمل :

١- الاضطرابات المرتبطة بتعاطى عقار بإسراف (بمافى ذلك الكحول) .

٢- الأعراض الجانبية للعقاقير الطبية.

٣- التعرض لسم(Toxin)

والمادة هنا يقصد بها عقار مخدر أو عقار طبى أو سم .

وقسمت المواد هنا إلى إحدى عشرة مجموعة

١- الكحول ٢- الأمفيتامين أو مايشبهه من محاكيات الودى

٣- الكافين ٤- القنب

٥ -الكوكايين ٦- العقاقير المحدثة للهلاوس

٧- المستنشقات ٨- النيكوتين

٩- الأفيونات ١٠-الـ ب س ب PCP

١١- المهدئات والمنومات ومضادات القلق

ولكن بعضها متشابه المفعول : فالكحول يشبه المهدئات والمنومات ومضادات القلق والكوكايين يشبه الأمفيتامين ، وعديد من العقاقير الموصوفه طبيا يمكن أن تسبب الاضطرابات الناتجة عن تعاطى مادة والأعراض غالبا ترجع إلى الجرعة وتختفى عند تقليل الجرعة أو إيقاف العقار، إلا أنه قد يحدث تفاعل تحساسى (idiosyncratic) لجرعة واحدة . (مثل المسكنات مضادات الأستيل كولين ومضادات الصرع ومضادات الميكروبات وغيرها) .

والتعرض لسم مثل : المعادن الثقيلة (مثل الرصاص واللألمونيوم) وسم الفار المحتوى على الأستركنين والمبيدات الحشرية المشتملة على مثبطات الكوليين ستراز وغازات الأعصاب وأول اكسيد الكربون وثانى أكسيد الكربون ، والمواد الطيارة (مثل : غاز البوتاجاز والدهانات) صنفت ضمن المستنشقات .

إضطرابات تعاطى مادة

(Substance-use Disorders)

الإعتماد على مادة (Substance Dependence)

الإعتماد على مادة يتميز أساسا بتجمع لأعراض معرفية وسلوكية

وفسيولوجية تشير إلى **الدلالات التشخيصية للاعتماد :**

نمط سيئ من تعاطي مادة يؤدى الى خلل اكلينيكى هام أو كرب كما يظهر فى ثلاثة أو أكثر مما يلى على أن يحدث فى أى وقت خلال نفس فترة ١٢ شهر :

١- الاطاقة (tolerance) : كما يحدد بأى مما يلى :

أ- الحاجة الملحوظة الى زيادة كمية المادة للوصول للانسمام أو التأثير المرغوب

ب - النقص الملحوظ لتأثير المادة مع استمرار تعاطيها بنفس الكمية.

٢- الانسحاب كما يتضح بواسطة أى مما يلى :

أ- لزمة الانسحاب المميزة للمادة .

ب - نفس (أو مادة شبيهه المفعول) تؤخذ لتخفيف أو تجنب أعراض الانسحاب

٣- المادة غالبا تؤخذ بكميات أكبر أو لفترات أطول مما كان مقصودا.

٤- توجد رغبة ملحة أو مجهودات فاشلة لتقليل أو التوقف عن تعاطى المادة .

٥- يقضى الشخص كثيرا من الوقت فى الانشطة الضرورية للحصول على المادة .

٦- التخلى عن الانشطة الاجتماعية والوظيفية والترفيهية الهامة أو تقلل بسبب تعاطى المادة .

٧- تعاطى المادة يستمر برغم معرفة الشخص أو حدوث اضرار للشخص جسمانية ونفسية بسبب المادة .

يحدد ما اذا كان :

- مصاحب باعتماد فسيولوجى : برهان على الاطاقة أو الانسحاب (١أو ٢)
- غيرمصاحب باعتمادفسيولوجى : لايوجد برهان على الاطاقة أوالانسحاب (١أو ٢)

ويحدد المسار :

- هدأه كاملة مبكرة .　　　　- هدأه جزئية مبكرة .
- هدأة كلية مستمرة　　　　- هداة جزئية مستمرة.
- على علاج مشابه Agonist　　- فى بيئة محكومة

الإسراف فى التعاطى Substance Abuse

أ- نمط سيء من تعاطى مادة يؤدى إلى خلل إكلينيكى هام أو كرب كما فى واحد أو اكثر مما يلى يحدث خلال فترة ١٢ شهر :

١- تكرار تعاطى مادة ينتج عنه فشل فى أداء دوره الأساسى فى العمل أو المدرسة أو البيت .

٢- تكرار تعاطى المادة فى المواقف التى يمكن أن تعرض الشخص أو الآخرين لمخاطر (مثل قيادة السيارة وهو مخمور) .

٣- مشاكل قانونية متكررة بسبب تعاطى المادة (القبض عليه بواسطة البوليس) .

٤- إستمرار تعاطى المادة برغم ما يحدث من مشاكل متكررة أو دائمة إجتماعية أو فى العلاقات حدثت أو تفاقمت بسبب المادة.

ب - الأعراض لا تتفق مع مواصفات الإعتماد على مادة .

الإضطرابات الناتجة بتأثير مادة

Substance-induced Disorders

١- الإنسمام بمادة Substance intoxication

وأهم ما يميزها السلوك غير المتوافق اجتماعيا، ومتلازمة تعاطى مادة

معينة تعزى إلى تعاطيها حديثا، أو وجودها فى الجسم ، والتسمم قد يطرأ على الخرف أو النساوة أو اضطراب الشخصية والاضطرابات المعرفية الأخرى بإستثناء الهذيان،ولذا فإن تعاطى الأمفيتامين المسبب لتغيم الوعى والهلاوس الحسية يشخص على أنه هذيان الامفيتامين، أما الصورة الإكلينيكية الخفيفة غير المصحوبة بأعراض الهذيان فإنها تشخص انسمام أمفيتامين.

بالرغم من أن الصورة الاكلينيكية تعتمد على طبيعة المادة التى تم تعاطيها ، فان أكثر التغيرات شيوعا اضطرابات الادراك واليقظة والانتباه والحكم على الأمور والتفكير والتحكم الانفعالى والسلوك الحركى، ويجب أن نلاحظ أن أكثر من مادة قد تسبب متلازمات متشابهه، مثلا الأمفيتامين والكوكايين كلاهما قد يمثلان بتغيرات سلوكية مضطربة وسرعة ضربات القلب وإتساع فتحة إنسان العين وإرتفاع ضغط الدم والعرق والإرتجاف والغثيان والقئ .

ولا تشخص حالات الانسمام ما لم تحدث فشلا فى السلوك التكيفى، مثل التأثير على الوظيفة العملية والاجتماعية وعدم تحمل المسئولية واضطراب الحكم على الأمور، ومن ثم فإن التعاطى بهدف التنشيط الاجتماعى الذى يسبب تغيرا فسيولوجيا ونفسيا ولكن لا يسبب اضطراب السلوك لا يعتبر انسماما .

تعتمد بداية ومدة الانسمام على كمية المادة وطريقة التعاطى وتحمل الفرد (الاطاقة) لها وحجم الجسم والعمر النصفى للمادة، وعادة يظل الانسمام ساعات قليلة ولكن قد يمتد إلى أيام عديدة ، والشخص الذى يتكرر انسمامه لمدة شهر واحد يصبح مسرفا للمادة أو معتمدا عليها .

ويسبب هذا الانسمام بأعراضه للشخص مشاكل إجتماعية ووظيفية، وتتفاقم إذا كان الشخص عليه مسئوليات عظمى اجتماعية أو وظيفية .

مواصفاته التشخيصية :

١- حدوث لزمة خاصة بمادة قابلة للزوال بسبب تعاطى حديث لمادة (أو التعرض

لها) .

ب - سلوك هام سئ أو تغيرات نفسية تعزى إلى تأثير المادة على الجهاز العصبى (مثل سوء الحكم على الأمور) ويحدث خلال أو بعد التعاطى مباشرة .

جـ - الأعراض ليست بسبب حالة مرضية جسمانية ولا تعد ضمن اضطراب عقل آخر .

المضاعفات :

المواد المثبطة للجهاز العصبى قد ينتج عنها الغيبوبة اوالوفاة والمواد المنشطة قد ينتج عنها نوبات صرعية . بالاضافة إلى الحوادث التى قد تنتج مثل قيادته السياره وهوثمل .. وبالنسبة لبعض المواد فإن تأثيرها المبدئى قد يؤدى إلى أحد الاضطرابات المعرفية، فمثلا انسمام الأمفيتامين قد يؤدى إلى هذيان الأمفيتامين وانسمام الكحول المثيلى قد يؤدى الى الخرف .

٢- إنسحاب المادة Substance Withdrawal

حيث ينشأ اضطراب الانسحاب لمادة معينة عند التوقف عن تعاطيها أو تقليل الكمية عن ما عتاده الشخص للوصول الى حالة الانسمام الفسيولوجية .. ويوضح ذلك التاريخ المرضى للشخص أو الاختبارات المعلمية ولا تنطبق الصورة الاكلينيكية على أى من الاضطرابات المعرفية الأخرى، واضطراب التوقف عن التعاطى قد يصاحب أى منها باستثناء الهذيان .

وتختلف الصورة الإكلينيكية طبقا للمادة التى كان يتعاطاها الفرد، ولكن هناك أعراض شائعة منها القلق وعدم الإستقرار وسرعة الإستثارة والأرق واضطراب الانتباه .. ويصاحب ذلك اعراض أخرى تتوقف على المادة التى كان يتعاطاها كاضطراب الوظائف الفسيولوجية فيحدث الغثيان والقئ بعد التوقف

عن تعاطى الكحول (على سبيل المثال) .

واضطراب التوقف عن التعاطى محدود الفترة حيث لا يتجاوز أيام قلائل اوعدة أسابيع على الأكثر، باستثناء الحالات التى تُخْلِف أحد الاضطرابات المعرفية مثل الهذيان أو الخرف.

وسماته التشخيصية هى :

أ- حدوث لزمة خاصة بالمادة بسبب التوقف عنها (الامتناع عنها) أو تقليلها والتى كان يتعاطاها الشخص بكثرة ولفترة طويلة.

ب - لزمة المادة المحددة تسبب خللا اكلينيكيا هاما فى الناحية الاجتماعية أو الوظيفية أو غيرها من النواحى الهامة .

جـ - الأعراض لاترجع إلى حالة مرضية جسمانية وليست ضمن أعراض اضطراب عقل آخر.

والاعاقة : متفاوته من خفيفة كما فى سحب النيكوتين الى شديدة كما فى سحب الكحول ومشتقات الأفيون .

المضاعفات : ليتجنب الشخص أعراض الإنسحاب المؤلمة يستمر فى التعاطى وقد يلجأ للسرقة أو النصب والغش للحصول على نقود لشراء المادة .

يلاحظ أن الإنكار مشكلة شائعة لدى المدمنين وأغلب المواد يمكن تحديدها فى البول خلال (٤٨ ساعة) من التعاطى بواسطة فحص البول معمليا[١] باستخدام طريقتين **إحداهما** : ذات حساسية عالية لفصل المتعاطى(موجب)من غير المتعاطى (سالب) ويسمى إختبار الفصل (أو الغربلة) إلا أنه قد يوجد موجب زائف من هذه الطريقة ولذا فان الحالات الموجبة يتم التأكد منها بالطريقة **الثانية** : وهى أقل حساسية ولكنها اكثر تحديدا للمواد كما أنها أيضا أكثر تكلفة **ومن أهمها** : وهذه الاختبارات تساعد على تحديد المادة المستعطاه لأن الأعراض قد تتشابه، وقد يصعب تحديدها إكلينيكيا وهذا يساعد فى بدء العلاج

المناسب كما أن معدل المادة فى الدم يساعد على تحديد إلى أى حد أصبح الشخص يطيق المادة، وهذا يدل على مدة التعاطى .. وتفيد هذه الإختبارات أيضا فى التمييزبين الإدمان والذهان، ويمكن إجرائها قبل القياسات النفسية لتداخل هذه المواد فى نتائج القياس وعند الكشف عن وجودها تؤجل الاختبارات النفسية إلى ما بعد زوال أثر المادة من الجسم (حوالى أسبوعين) .

إضطرابات الإدمان لمادة ذات مفعول نفسى

يعتبر تعاطى المواد المجددة للنشاط مثل القهوة أو الشاى أو الكحول (فى المجتمعات الغربية) أمرا عاديا كما أن بعض المواد تستخدم طبيا بهدف تخفيف الألم أو تقليل التوتر أو تقليل الشهية للطعام .. ولكن إستعمال بعض المواد قد يؤدى إلى تغيرات سلوكية تؤثر على تكيف الفرد وتؤدى إلى فشله فى أداء دوره الاجتماعى والوظيفى وعدم قدرته فى الامتناع عن هذه المادة اوالتحكم فى تعاطيها وظهور أعراض انسحاب المادة فى حالة الامتناع تماما أو التقليل .

وهكذا نلاحظ أن مجموعة إضطرابات الإدمان ذات مفعول نفسى التى نحن بصددها تتعامل الأعراض والتغيرات السلوكية غير المتكيفة المرتبطة بالتعاطى المنتظم لهذه المواد بينما الأضطرابات العقلية الناتدة عن مواد ذات مفعول نفسى فتصف التأثيرات المباشرة حادة أو مزمنة لهذه المواد على الجهاز العصبى. . والمدمنون كثيرا ما يحدث لهم اضطرابات عقلية ناتجة من المواد التى يدمنونها مثل اضطراب الانسمام أو اضطراب انسحاب المادة.

وتعطى مادة ذات مفعول نفسى ينتج عنه الإعتماد على المادة أو سوء التعاطى (الإسراف فى تعاطيها) وسبق تفصيلها .

الأعراض المصاحبة للإدمان :

١- **طريق التعاطى** : الذى يعتبر عاملا هاما فى تحديد أن التعاطى سوف يؤدى إلى الاعتماد أو الاسراف فالطرق التى تعطى تأثيرا أسرع وأقوى فى الوصول إلى المستقبلات العصبية تزيد من خطورة حدوث الاعتماد، كما أن طرق التعاطى التى تدخل كميات كبيرة من المادة إلى المخ ترتبط بمستويات عالية من إستهلاك المادة مع تزايد التأثيرات السامة لها، مثل إستخدام الأمفيتامين وريديا الذى يحدث ميلا لاستهلاك كميات كبيرة منه مع حدوث اضطراب عقلى عضوى ناشئ عن تعاطى المادة، أكثر من الشخص الذى يتعاطى المادة عن طريق الفم أو الاستنشاق.

٢- **مدة تأثير المادة** : تعد متغيرا هاما أيضا فى أن استخدام المادة سوف يؤدى إلى الاعتماد أو الاسراف فى التعاطى فى فترات اللهو وبصفة عامة تعتبر المواد قصيرة المفعول (مثل الامفيتامين والكوكايين وبعض مضادات القلق) أكثر استخداما من المواد ذات المفعول المشابهه ولكن أطول تأثيرا، ولذا فالمواد قصيرة المفعول تتميز بالاعتماد وسوء التعاطى .

٣- حدوث نوبات متكررة من الثمالة (الانسمام)

٤- اضطراب الشخصية والوجدان فى أغلب الحالات .

٥- المدمنون المزمنون يكثر لديهم تقلب الوجدان والشك وكلاهما يجلب السلوك العنيف .

البداية والمسار والمضاعفات :

عادة يبدأ الادمان (الاعتماد أو الاسراف فى التعاطى) فى أواخر العقد الثانى من العمر اوالعشرينيات أو الثلاثينيات وأحيانا الأربعينيات وعندما يبدأ التعاطى فى المراهقة فانه غالبا يرتبط باضطراب السلوك والفشل الدراسى .

ويرتبط الادمان باحداث اضطرابات معرفيه (التى سبق وصفها) وهناك مضاعفات ترتبط بالثمالة (الانسمام)، مثل حوادث المرور والاصابات الجسمانية وإرتكاب الحماقات والوقوع تحت طائلة القانون، بالاضافة إلى تدهور الصحة العامة للشخص وظهور الأمراض الجسمانية بسبب نقص التغذية والنظافة، كما أن استخدام حقن ملوثة يسبب التهاب الكبد أو التيتانوس والتهاب الاوردة والتسمم البكتيرى المصحوب بإرتفاع درجة الحرارة (الحمى) كما تنقل الحقن الملوثة مرض الإيدز .

تعاطى الكوكايين قد ينتج عنه موتا مفاجئا من إختلال إيقاع القلب أو احتشاء عضلة القلب، أو صدمة وعائية أو توقف التنفس وتشيع الأعراض الاكتئابية لدى المدمنين وهى جزئيا مسئولة عن حدوث الانتحار لهم.

والاعتماد الطويل على مواد معينة ذات مفعول نفسى (خاصة القنب ومحدثات الهلاوس وعقار ال ب.سى.ب) يرتبط غالبا بنقص السلوكيات الهادفة (مثل الذهاب للعمل حتى مع عدم تعاطى المادة لفترة طويلة ويصاحب باكتئاب وقلق وسرعة استثارة وصعوبة التركيز، وهذه الأعراض تصف لزمة إنعدام الدافعية (Amotivational Syndrome)،وليس واضحا ما إذا كانت هذه اللزمة نتيجة مباشرة للتأثير المزمن للمواد ذات المفعول النفسى أو أنه يعبر عن سيكوباثولوجى موجود مسبقا ، ويسير الإدمان فى مسار متماوج (فترات من الهوادة تعقبها فترات من الاشتداد) .

التشخيص الفارق :

١- التعاطى غير المرضى لمادة ذات مفعول نفسى لتجديد النشاط أو لأغراض طبية.

٢- نوبات متكررة من الثمالة بمادة منشطة نفسيا .

إنتشار الادمان :

لقد زادات المواد المخدرة وتنوعت فمنها الخام والمشتق والمخاق وكثرت المواد ذات التأثير القوى السريع المفعول والتى تقل كمية جرعاتها فيسهل تهريبها لصغر حجمها، فزاد تبعا لذلك انتشار المخدرات وخاصة بين صغار السن من المراهقين والشباب .. وانتشار المخدرات يستوى فيه جميع فئات الشعوب حيث ينتشر بين الأميين والمتعلمين وبين الفقراء والاغنياء، ولكن لا توجد أرقام دقيقة تشير إلى معدلات انتشار الإدمان وذلك لموقف القانون والمجتمع من المدمنين مما يجعلهم يمارسون إدمانهم فى الخفاء، ولكن هناك احصائيات مبنية على التقدير الجزافى لكميات المواد المخدرة المستهلكة فى العالم، فهناك مثلا إحصائيات تشير الى أن مدمنو الأفيون ومشتقاته يجاوزون السبعمائة مليون فى العالم، ومدمنو الحشيش أكثر من سبعمائة مليون أيضا، أما المواد الأخرى فلا يعرف حجم انتشار ادمانها .. **ولا شك أن هناك أسباب عديدة لانتشار الادمان على هذا النحوالخطير سوف نناقشها فيما يلى :**

أسباب الادمان :

أولا : العوامل البيولوجية :

١- **الوراثة** : لوحظ أن الادمان يزيد فى عائلات معينة حتى أن مدمن الكحول (على سبيل المثال)يزيد الادمان بين أطفاله إلى أربعة أمثاله لدى أطفال الآباء غير المدمنين .. كما لوحظ أن التوائم المتماثلة يزيد الادمان لديها الى الضعف عنه بين التوائم غير المتماثلة .

٢- وجود آلام جسمانية مزمنة مثل آلام المفاصل والآلام السرطانية الناتجة عن ورم سرطانى.

٣- إدمان الأم أثناء الحمل يجعل الطفل يولد ولديه إعتماد فسيولوجى .

ثانيا : العوامل النفسية :

١- وجود مرض نفسى مثل القلق والإكتئاب ومحاولة الشخص علاج نفسه بعيدا عن الذهاب لطبيب نفسى حتى لا يقال عنه أنه مجنون .

٢- ضعف تكوين الشخصية وزيادة الاعتمادية التى ترتبط بالميول الفمية .

٣- سيطرة (الهو) ومبدء اللذة وضعف الأنا الأعلى .

٤- العناد والرغبة فى المقامرة المدمرة لوجود عدوان موجه ضد الذات .

٥- الاحباط وغياب الهدف واشتداد المعاناة فى أزمة الهوية التى يبحث فيها المراهق عن نفسه وهدفه .

٦- القابلية للاستهواء بواسطة رفاق السوء .

٧- وجود أفكار خاطئة مثل زيادة الطاقة الجنسية بواسطة المخدرات والعكس هوالصحيح، حيث أنها تقللها عن طريق تقليل هرمون الذكورة (التستوستيرون) .

ثالثا : العوامل الاجتماعية :

١- إضطراب الأسرة وعدم إستقرارها أو وجود غربة بين أفرادها، أو سيطرة الأب الباعثة على التمرد ،أو إدمان أحد الوالدين ،بالاضافة إلى الطلاق أو الانفصال بين الوالدين اوغياب أحد الوالدين بالعمل المتواصل أو بالهجرة وتفكك الروابط الاسرية التى فرضتها قيم المدنية بخروج المرأة للعمل وتقلص دور الأم فى حياتها، وإدخال أجهزة لاهية (مثل التلفاز) قللت من الحوار بين أفراد الأسرة الواحدة .

٢- تخبط المجتمع وعدم وضوح الرؤية وغياب هدف قومى عام وغياب القدوة.

٣- نقص مشاركة الشباب وعدم وجود دور واضح لهم فى المجتمع والمنظمات السياسية

٤- الاحباط الجماعى الذى يعيشه الشباب بغياب الحلم بفرصة عمل حقيقية لا بطالة مقنعة ينتظرها فى طابور ممل للقوى العاملة وقروش قليلة لقاء ذلك لا تسمن ولا تغنى من جوع .

٥- سوء العملية التعليمية التى تركز على حشو الرأس وقهر الطفل وجعله فى موقف المتلقى السلبى وهو الأمر الذى ينمى إعتماديته والقابلية للإستهواء، وجعله يقبل ما يعرض عليه دون نقاش أو تفكير .

٦- ضعف القيم الروحية وفصل الروح عن المادة والاهتمام بالمادة على حساب الروح، وتشجيع الإستهلاك على حساب الفكر والعمل .

٧- اختلال القيم المتعلقة بالثقافة والعمل والكسب وإنقلاب الهرم الاجتماعى الذى أعقب الانفتاح، والرغبة فى الإثراء السريع بمختلف الأساليب من غش ونصب وتحايل على القوانين .

٨- انتشار المخدرات وتيسير الحصول عليها بواسطة مافيا المخدرات اوشركات الأدورية

٩- التناقض الذى يقع فيه المجتمع بإباحة تداول الخمر التى حرمها الله فى القرآن صراحة، والتشديد على المواد المخدرة الاخرى والتى حرمت قياسا على الخمر، ولعل هذا كان من أهم خطط المستعمر أن يروج لسلعته التى يصنعها ويحارب ما تنبته حقول دول أسيا وغيرها، ومازال ساريا حتى بعد جلاء المستعمر لأنه مازال يستعمرنا فكريا.

علاج الادمان :

أولا : الوقاية : -

تعد الوقاية هى الطريق الأمثل لعلاج الادمان وتتحقق الوقاية بتلافى الاسباب المؤدية التى سبق ذكرها، بالاضافة إلى التوعية بأخطار المخدر النفسية

والعصبية والاجتماعية والأسرية والمادية تلك المعرفة التى تهدف لجعل الشخص يفكر قبل الإقتراب من الإدمان، ولكن قد يعرف الشخص ومع ذلك يهوى فى دوامة الادمان وهذا يشير إلى أهمية الاعتقاد الداخلى (الامتناع) على مستوى الوجدان الذى يتمثل فى الايمان بشئ ما، ويجعل الشخص ملتزما من داخله بسلوكيات معينة من الإتيان أو الاجتناب، ومن هنا تأتى أهمية القيم الدينية التى تسهم فى تكوين السلطة الداخلية ويساعد ذلك بعدم التناقضات .. ثم يأتى دور القانون والشرطة عند مرحلة التصرف (السلوك) فيسن مايردع التجار ويضيق نطاق الترويج ما أمكن وما يخيف المدمن من الإقتراب، ويوفر المجتمع سبل ممارسة السلوكيات البديلة والمفيدة والمحققة لطموحات الشباب وتطلعاته نحومستقبل أفضل.

ثانيا : علاج المدمن :

أ - علاج الأعراض الناجمة عن الامتناع عن المادة ويتم بواسطة ما يلى :

١- التنويم والتخدير طويل المدى باستعمال الكلوربرومازين والتنقيط الوريدى لعقار الاميتريبتلين (التريبتوزول) لمدة اسبوع .

٢- ٤٠-٦٠ وحدة إنسولين يوميا صباحا حتى يبدأ المريض فى الشعور بالعرق وتزايد سرعة النبض فيعطى السكريات، وهذا يحسن وزن المريض ونفسيته تبعا لذلك .

٣- أحيانا يلزم إحداث نوبات تشنجية بواسطة الكهرباء لتخفيف أعراض الإكتئاب الموجودة .

٤- فى حالة إدمان العقاقير المطمئنة الصغرى مثل المبروباميت ومجموعة البنزودياز بين يجب أن يكون التوقف تدريجيا حتى لا يتعرض المريض لنوبات تشنجية أويعطى مضادات تشنجات .. أما فى حالة المنبهات والكوكايين والحشيش فلا يلزم ذلك، لآن الاعراض الجانبية محددة ومدتها

قصيرة ..أما فى حالات الهرويين فيستعمل الميثادون بجرعات متناقصة.

٥- العلاج النفسى : الفردى والجماعى والأسرى .. وأحيانا يستخدم العلاج النفسى المُنَفِّر خاصة فى حالات إدمان الكحول بواسطة عقار ال (الأنتابيوز) الذى يتداخل مع عمليات التمثيل الأيضى للكحول فيعطى أعراضا ناتجة عن التسمم بمادة الأسيتالدهيد عندما يتعاطى الكحول فيُنَفِّر منه المدمن ويتوقف الادمان .

ب - علاج الاسباب التى دفعت الشخص للادمان علاجا نفسيا واجتماعيا وتقوية ذاته فى مواجهه نزعة العودة الى الادمان مرة ثانية .

الإضطرابات العقلية الناتجة بتأثير مادة (المذكورة فى أماكن أخرى)

- هذيان ناتج عن مادة .
- خرف ثابت ناتج عن مادة .
- اضطراب النساوة الثابت الناتج عن مادة .
- الاضطراب الذهانى الناتج عن مادة .
- إضطراب الوجدان الناتج عن مادة .
- إضطراب القلق الناتج عن مادة .
- إضطراب الوظيفة الجنسية الناتج عن مادة .
- إضطراب النوم الناتج عن مادة .
- إضطراب الادزاك الثابت الناتج عن محدثات الهلاوس .

الإضطرابات العقلية الناتجة عن الكحول

أ- إضطرابات ناتجة عن التعاطى :

١- الاعتماد على الكحول

٢- الاسراف فى تعاطى الكحول

ب - اضطرابات حدثت بتأثير الكحول :

١- الانسمام بالكحول

٢- انسحاب الكحول (مصاحب باضطراب ادراك أم لا)

٣- هذيان الانسمام بالكحول

٤- هذيان انسحاب الكحول.

٥- خرف الكحول الثابت

٦- نساوة الكحول الثابته.

٧- اضطراب ذهانى ناتج عن الكحول ومصاحب بضلالات.

٨- اضطراب ذهانى ناتج عن الكحول ومصاحب بهلاوس.

٩- اضطراب وجدان ناتج عن الكحول.

١٠- اضطراب قلق ناتج عن الكحول .

١١- اضطراب الوظيفة الجنسية الناتج عن الكحول.

١٢- اضطراب النوم الناتج عن الكحول.

١٣- اضطراب آخر يعزى للكحول وغير محدد فى مكان آخر.

١- اضطراب الانسمام الكحولى Alcohol Intoxication

ويتميز بالسلوك غير المتكيف نتيجة اتعاطى الكحول فى صورة العدوان واضطراب الحكم على الأمور وعدم الانضباط الاجتماعى والوظيفى، بالاضافة إلى الملامح الفسيولوجية التى تكون مصاحبة مثل احمرار الوجه والمشية المترنحة ورأرأة العين مع الثرثرة غير الواضحة المقاطع، ونقص الانتباه وسرعة الاستثارة والسرور اوالاكتئاب أوالتقلب الانفعالى .

والكحول أساسا مثبط لنشاط الجهاز العصبى ولكن تأثيره المبدئى غالبا منشط لذا يبدأ الانسمام الكحولى بزيادة النشاط والاحساس بالقوة وزيادة الطاقة الذهنية وينتهى بالاكتئاب والانسحاب والبلة وفقدان الوعى.

ومدة نوبة الانسمام الكحولى تعتمد على كمية ونوع الكحول ومعدل التعاطى وتناول الطعام من عدمه، ويختلف تحمل الافراد (اطاقتهم) وقابليتهم للانسمام الكحولى، فبعض الافراد يظهرون انسماما عندما يصل الكحول فى الدم إلى (٣٠٪) بينما آخرون لا يظهرون انسماما حتى عند وصوله فى الدم إلى ١٥٠٪ مجم)، . . ولكن الافراد يظهرون انسماما عندما يكون الكحول فى الدم بين (١٠٠و٢٠٠٪ مجم).. وتحدث الوفاة عندما يصل (من ٤٠٠ إلى ٧٠٠ مجم)

٢- الاضطراب المصاحب للتوقف عن تعاطى الكحول

Alcohol Withdrawal

ويميزه أعراض معينة مثل رعاش اليدين واللسان وجحوظ العينين والغثيان والقيئ والضعف الجسمانى وزيادة نشاط الجهاز العصبى المستقل (مثل زيادة ضربات القلب والعرق وارتفاع ضغط الدم) والقلق أو الاكتئاب الوجدانى اوسرعة الاستثارة، وهذه الاعراض تحدث بعد التوقف عن التعاطى اوتقليله بواسطة الشخص الذى ظل يتعاطاه لعدة أيام.

ويصاحب ذلك بنوم متقطع تتخلله أحلام مزعجة بالاضافة إلى خداعات

الادراك التى تحدث فى أثناء اليقظة.

وتختفى هذه الأعراض فى غضون خمسة إلى سبعة أيام ما لم يحدث هذيان التوقف عن تعاطى الكحول .

٣- هذيان الانسمام بالكحول

حيث يحدث الانسمام ويسبب أعراض الهذيان.

٤- هذيان التوقف عن تعاطى (انسحاب) الكحول

حيث يحدث الهذيان بسبب التوقف عن تعاطى الكحول أو تقليل الكمية ويزيد نشاط الجهاز العصبى المستقل والضلالات والهلاوس البصرية. . وهذا الاضطراب يسمى أيضا الهذيان الارتعاشى، حيث يصاحبه رعاش غليظ غير منتظم .

وتحدث النوبة الأولى من هذا الاضطراب بعد فترة تعاطى الكحول بكميات كبيرة تمتد من خمسة أعوام إلى خمسة عشر عاما، وعادة يكون فى شكل نوبات .. وتبدأ النوبة فى اليوم الثانى اوالثالث من التوقف عن التعاطى اوتقليل الكمية وأحيانا تبدأ قبل ذلك ونادرا ما تتأخر لمدة أسبوع.

٥-خرف الكحول الثابت

وهوالخرف المصاحب لتعاطى الكحول لفترة طويلة وبكميات كبيرة، مع استبعاد كل أسباب الخرف الأخرى، ولتفادى أن يكون هذا الخرف تأثيرا عابرا للإنسمام الكحولى اوالتوقف عن التعاطى، فان هذا التشخيص لا يوضع إلا إذا استمر ذلك لمدة لا تقل عن ثلاثة أسابيع من التوقف عن تعاطى الكحول .

٦- نساوة الكحول الثابته :

وسمته المميزة هى النسيان الذى يرجع إلى نقص الفيتامين[١] المصاحب لتعاطى الكحول لفترة طويلة من الزمن ويسمى كورساكوف.

ويصاحب ذلك اضطرابات عصبية مثل التهاب الاعصاب الطرفية والرنح .

واضطراب النساوة الكحولى غالبا يتبع نوبة حادة من التهاب الدماغ المسمى[٢] فرنيك (Wernicke's encebhalopathy)الذى تختفى اعراضه تدريجيا ويظل اضطراب الذاكرة فى صورة النسيان، واذا تم علاج الالتهاب الدماغى المذكور بجرعات كبيرة من الثيامين فان نساوة الكحول قد لا تحدث .. وعند حدوثها بصورة مستقرة فان التحسن الذى قد يطرأ عليها يكون طفيفا وبعد وقت طويل من العلاج ، ويحتاج المريض إلى رعاية بقية حياته .

٧- اضطراب ذهانى ناتج عن الكحول ومصاحب بضلالات.

وفيه توجد أعراض الذهان وخلل الارتباط بالواقع ،واضطراب أداء الشخص لوظائفه،مع ضلالات.

٨- اضطراب ذهانى ناتج عن الكحول ومصاحب بهلاوس.

وفيه توجد أعراض الذهان وخلل الارتباط بالواقع ،واضطراب أداء الشخص لوظائفه، مع هلاوس.

٩- اضطراب وجدان ناتج عن الكحول.

وتميزه أعراض اضطراب الوجدان بتأثيرالكحول.

١٠- اضطراب قلق ناتج عن الكحول .

وتميزه أعراض اضطراب القلق بتأثيرالكحول.

---

(١) فيتامين ب١

(٢) مرض عصبى يتميز بتغيم الوعى والرنح ورأرأة العين وعلامات عصبية أخرى .

١١- اضطراب الوظيفة الجنسية الناتج عن الكحول.

حيث تضطرب الوظيفة الجنسية بتأثير الكحول.

١٢- اضطراب النوم الناتج عن الكحول.

حيث يضطرب النوم بأى من اضطراباته (الذى سيأتى ذكرها فيما بعد) بتأثير الكحول.

١٣- اضطراب آخر يعزى للكحول وغير محدد فى مكان آخر.

الذى يشمل أعراضا بتأثير الكحول ليست مذكورة ضمن الاضطرابات السابقة.

الاضطرابات الناتجة عن الأمفيتامين وما يشبهه

Amphetamine(or Amphetamine-like)Related disorders

وتشمل الأمفيتامين والدكستروأمفيتامين ومت أمفيتامين ومواد أخرى تشبه الامفيتامين مثل المثيل فينيدات اوبعض المواد التى تستخدم مثبطات للشهية وتؤخذ هذه المواد عن طريق الفم أو الحقن فى الوريد .

أ- اضطرابات ناتجة عن التعاطى :

١- الاعتماد على الأمفيتامين.

٢-الاسراف فى تعاطى الأمفيتامين.

ب - الاضطرابات الناتجة بتأثير الأمفيتامين :

١- الانسمام بالأمفيتامين (مصاحب باضطراب إدراك أم لا) .

٢- انسحاب الامفيتامين.

٣- هذيان الانسمام بالأمفيتامين.

٤- الاضطراب الذهانى الناتج عن الامفيتامين المصاحب بضلالات (بداية خلال الانسمام أم لا) .

٥- الاضطراب الذهانى الناتج عن الأمفيتامين المصاحب بهلاوس (بداية خلال الانسمام أم لا) .

٦- اضطراب الوجدان الناتج عن الامفيتامين (مع بداية خلال الانسمام أو الانسحاب) .

٧- اضطراب القلق الناتج عن الأمفيتامين (مع بداية خلال الانسمام أم لا).

٨- اضطراب الوظيفة الجنسية الناتج عن الامفيتامين (مع بداية خلال الانسمام أم لا) .

٩- اضطراب النوم الناتج عن الأمفيتامين (مع بداية خلال الانسمام أو الانسحاب)

١٠- إضطراب يعزى إلى الامفيتامين غير مصنف فى مكان آخر.

الانسمام بالأمفيتامين
(مصاحب باضطراب ادراك أم لا)

ويشبه إلى حد كبير ما يحدث فى حالات الانسمام بالكوكايين باستثناء أن الضلالات اوالهلاوس فى حالة دائما عابرة بينما فى حالة الامفيتامين قد تكون ثابته بعد التأثير المباشر للمادة وفى هذه الحالات يسمى اضطراب الضلالات الناتج عن الامفيتامين اوما يشبهه من حيث المفعول .

الهذيان الناتج عن الأمفيتامين أوالمواد شبيهه المفعول

حيث يحدث الهذيان خلال أربعة وعشرين ساعة من تعاطى الأمفيتامين أوما يشبهه من حيث المفعول .. ويصاحبه هلاوس شمية وتقلب الوجدان والسلوك العدوانى .

عادة يحدث الهذيان خلال ساعة من تعاطى المادة وينتهى بعد ست ساعات

الاضطراب الذهانى الناتج عن الأمفيتامين المصاحب بضلالات

حيث توجد ضلالات اضطهاديه بعد التعاطى المزمن للأمفيتامين اوالمواد المماثلة من حيث المفعول بالاضافة إلى أفكار عدائية وقلق وهلاوس حسية فى صورة بق اوديدان تحت الجلد ويؤدى إلى حك الجلد لدرجة احداث تسلخات .

اضطراب التوقف عن تعاطى الأمفيتامين
أو المواد مماثلة المفعول (الانسحاب)

وفيه يحدث الاكتئاب والاجهاد واضطراب النوم وزيادة الاحلام لزيادة النوم ذو حركة العين السريعة، وذلك بعد التوقف اوتقليل التعاطى للامفيتامين اوما يشبهه .. ويصاحب ذلك افكار انتحارية .

ويحدث الاضطراب خلال ثلاثة أيام من التوقف اوتقليل التعاطى وتصل الاعراض درجتها القصوى بعد يومين إلى أربعة أيام .

اضطرابات ناتجة بتأثير الكافين
Caffeine Induced Dis.

والكافيين يتم تعاطيه فى شكل القهوة والشاى والكولا والشيكولاته .

الانسمام بالكافيين

(Caffeine Intoxication)

حيث يتسبب عن تعاطى الكافيين عدم الاستقرار والنرفزة والأرق واحمرار الوجه وكثرة التبول واضطرابات المعدة والأمعاء، ويظهر ذلك لدى بعض الافراد بعد تعاطى ٢٥٠ مجم يوميا بينما يحتاج الآخرون إلى جرعات أخرى .. وعندما يصل التعاطى إلى أكثر من ١ جرام فى اليوم يحدث اختلاج فى العضلات وزيادة الحركة واضطراب ايقاع القلب واضطرابات الاحساس مثل طنين الاذنين وعند زيادة الجرعة عن ١٠ جم من الكافيين تحدث نوبات صرعية عظمى وتوقف التنفس الذى يؤدى إلى الوفاة[١] .

وعلاماته التشخيصية كمايلى :

أ- تعاطى حديث لكمية كافيين تزيد على ٢٥٠ مجم أكثر من ثلاثة فناجين.

ب - حدوث خمسة علامات مما يأتى أثناء أو عقب تعاطى تناول الكافيين.

١- عدم الاستقرار ٢- العصبية ٣- تهيج

٤- أرق ٥- احمرار الوجه ٦- زيادة اخراج البول

٧- أعراض هضمية ٨ - اختلاج عضلى ٩-تفكك روابط التفكير

١٠- سرعة ايقاع القلب أو اختلاله

١١- فترات من عدم الشعور بالاجهاد

١٢- فوران نفسى حركى -Psychomoter agitation

جـ - الاعراض السابقة تسبب انزعاجا شديدا أو خللا فى الأداء الوظيفى أو الاجتماعى.

(١) يحتوى كوب القهوة على كافيين يتراوح بين مائة ومائة وخمسون مليجرام ، وكوب الشاى نصف ذلك ، وكوب الكولا ثلث ذلك .

د- الاعراض السابقة ليس سببها مرض جسمانى وليست ضمن أعراض اضطراب عقلى آخر.

الأعراض المصاحبة :

- خلل حسى خفيف (مثل طنين الأذنين أو ومضات الضوء) .
- عرق
- عند زيادة الجرعة إلى ١٠جم يمكن أن يحدث تشنجات (نوبة صرع عظمى) .

اضطرابات أخرى ناتجة عن الكافيين

(Other caffeine-induced Disorders)

وهذه الاضطرابات مذكوره فى أماكن أخرى مثل :

١- اضطراب القلق الناتج عن الكافيين.

٢- اضطراب النوم الناتج عن الكافيين.

تعاطى الكافيين يزيد فى السويد وانجلترا والدول الاوربية عن دول العالم الثالث ٤٠٠ محم/ اليوم ٥٠ : محم/ اليوم ، ويزيد فى العشرينيات ويقل بعد سن ٦٥ سنة، نصف عمر الكافيين من ٤-٦ ساعات لذا فان أعراض الانسمام به تظل من ٦-١٦ ساعة بعد تعاطى الكافيين.

التشخيص الفارق :

١- نوبات الهلع ٢- الهوس ٣- القلق العام

٤- الانسمام بالامفيتامين

٥-انسحاب المهدئات والمنومات ومضادات القلق والنيكوتين

٦- واضطرابات النوم

٧- عرض جانبى لعقار طبى، مثل (الزلز Akathesia)

الاضطرابات المرتبطة بالكافيين وغير المصنفة فى مكان آخر مثل انسحاب الكافيين

حيث قد يحدث أعراضاجسمانية تشبه الذبحة الصدرية اونوبات الهلع.

الاضطرابات العقلية الناتجة من القنب

Cannabis-Related Disorders

ويستخدم منها الماريجوانا والحشيش عن طريق تدخينها أوتناولها عن طريق الفم اوبعد خلطها مع الطعام .

اضطرابات تعاطى القنب :

١- الاعتماد على القنب

٢- الاسراف فى تعاطى القنب

اضطرابات ناتجة بتأثير القنب :

١- الانسمام بالقنب

٢- الهذيان الانسمامى للقنب

٣- الاضطراب الذهانى الناتج عن القنب المصاحب بضلالات

٤-الاضطراب الذهانى الناتج عن القنب المصاحب بهلاوس

٥- اضطراب القلق الناتج عن القنب

٦-اضطراب ناتج عن القنب غير مصنف فى مكان آخر

الانسمام بالقنب Intoxication

وهويحدث أعراضا نفسية اوجسمانية اوسلوكا مضطربا اجتماعيا بعد تعاطيه .

والأعراض النفسية تشمل السرور وزيادة حدة الادراك والاحساس ببطء الزمن (حيث تصبح الخمس دقائق كأنها ساعة) ، والانشغال المسبق بمثيرات سمعية اوبصرية واللامبالاة ، وقد يعبر الشخص عن سروره فى احساسه بالسعادة والاسترخاء .

والاعراض الجسمانية هى زيادة ضربات القلب (وتصبح غير بارزة فى حالات المزمنين) واحتقان الملتحمه وزيادة الشهية للطعام .

أما السلوكيات المضطربة فتشمل الأفكار الاضطهاديه ونوبات القلق الحادة وقد يعتقد الفرد أنه يحتضر أوأنه سوف يصبح مجنونا ، واضطراب الحكم على الأمور بما يؤثر على أدائه الوظيفى والاجتماعى . ويصاحب ذلك اختلال الإنية واختلال البيئة .

ويندر حدوث هلاوس (خاصة عندما يكون ضغط الدم مرتفعا بدرجة كبيرة حيث يصبح القنب محدثا للهلاوس) .

وسرعان ما يحدث الانسمام خلال نصف ساعة من تدخين الماريجوانا ويستمر ثلاث ساعات أما تعاطى القنب عن طريق الفم فهوبطئ الامتصاص ويصل إلى أعلى معدل له فى الدم بعد وقت طويل .

والمواصفات الآتية تشخصه :

أ- تعاطى حديث للقنب

ب- اضطراب سلوك ملحوظ (أو سوء تكيف) أو تغيرات نفسية (خلل التحكم الحركى ،والمرح الشديد والقلق ، و الاحساس ببطء الزمن ، وخلل الحكم على الأمور ، والانسحاب الاجتماعى) الذى يحدث خلال التعاطى أو بعده بقليل .

جـ - اثنتان أو أكثر من العلامات الآتية تحدث خلال ساعتين من تعاطى القنب .

١- احتقان الملتحمة ٢- زيادة الشهية ٣- جفاف الفم

٤- سرعة ضربات القلب

د - الاعراض لاترجع إلى حالة طبية عامة ولا تعد ضمن اضطراب عقلى آخر .

حـدد ما اذا كان :

- مصاحب باضطرابات ادراكية أم لا .

يلاحظ أن القنب :

- يتم تعاطية مع مواد أخرى مثل النيكوتين أو الكحول أو الأفيون.

- ثلث متعاطية يحدث لهم اكتئاب وقلق وسرعة استشاره خفيفة.

- فى الجرعات العالية تحدث هلاوس مثل محدثات الهلاوس (L.S.D.) ومتعاطو القنب يعرفون أن تأثيرات عقلية عكسية تحدث تشبه محدثات الهلاوس يسمونها بالحالة السيئة (bad trips)، وهذه التأثيرات تتراوح من القلق الخفيف إلى القلق الشديد الذى يشبه نوبات الهلع.

- توجد أفكار بارانوية تتراوح من الشك إلى الضلالات.

- نوبات من اختلال الإنية واختلال إدراك البيئة.

- حوادث سيارات قاتله أكثر منها لدى الناس العاديين.

المشاهدات المعملية المصاحبة :

١- تظل مخلفات أيضه في البول لمدة ٧-١٠ أيام وفي المتعاطين بكميات كبيرة قد تظل إلى أربعة أسابيع.

٢- يخفض نشاط جهاز المناعة.

٣- يخفض افراز هرمون التستوستيرون وهرمون الـ L.H.

٤- التعاطى الحاد يبطئ إيقاع المخ فى تخطيط الدماغ الكهربى ويقلل النوم المصحوب بحركة العير السريعة (REM)

مشاهدات الفحص والحالة الصحية العامة :

- التهاب الشعب المزمن والكحة المزمنة بسبب الاستثارة الزائدة لبطانة الأنف والبلعوم والقصبة الهوائية تمدد الرئتين المرضى (emphysema)
- زيادة الوزن مع التعاطى المزمن ، التهاب الجيوب الأنفية.
- تحمل الماريجوانا فى تدخينها خطر حدوث السرطان أكثر من التبغ، وتعاطيها بكثرة يزيد من احتمال السرطان.
- ينتشر تعاطى القنب أكثر فى الفئة من ١٨-٣٠ وينتشر فى كل دول العالم.

التشخيص الفارق :

١- القلق العام

٢- اضطراب الهلع

٣- الاكتئاب الجسيم

٤- الاضطراب الضلالى

٥- ديستيميا

٦- اضطراب ثنائى القطب

٧- الفصام النوع الاضطهادى

٨- تعاطى (الانسمام) بالكحول أو المهدئات أو المهلوسات أو عقار PCP

الاضطراب الذهانى للقنب :

حيث توجد ضلالات اضطهاديه تتبع تعاطى القنب مباشرة اوأثناء الانسمام بالقنب. وعادة هذا الاضطراب لا يتجاوز فترة الانسمام (أى ساعات قليلة) .

ويصاحبه قلق ملحوظ وتقلب انفعالى واختلال الإنية ونسيان النوبة بالاضافة إلى أعراض الانسمام السابقة .

اضطرابات القنب غير المصنفة فى مكان آخر

مثل الاعتماد على القنب أو هذ يان القنب أو الاضطراب الذهانى للقنب.

الاضطرابات المرتبطه بتعاطى الكوكايين

Cocaine-Related Diserders

عادة يتم تعاطى الكوكايين عن طريق الشم بواسطة الأنف (للرقائق البلورية اوالمسحوق)، وأحيانا يفضل متعاطوا الأفيون تعاطى الكوكايين عن طريق الحقن فى الوريد، حيث يخلطونه مع الهيروين وأحيانا يدخن فى الغليون اوالسجائر، حيث يكون تأثيره شبيها بالحقن فى الوريد .. والتوقف عن تعاطيه لا

يسبب اضطرابا عقليا .

أ- اضطرابات التعاطى :

١- الاعتماد

٢- الاسراف فى التعاطى

ب - الاضطرابات الناتجة بتأثيره :

١- الانسمام

٢- الانسحاب

٣- الهذيان الانسمامى للكوكايين

٤- الاضطراب الذهانى الناتج عن الكوكايين والمصاحب بضلالات (يحدد اذا كان مع بدء الانسمام أم لا).

٥- الاضطراب الذهانى الناتج عن الكوكايين المصاحب بهلاوس (ويحدد اذا كان مع بدء الانسمام أم لا) .

٦- اضطراب الوجدان الناتج عن الكوكايين (مع البداية خلال الانسمام او الانسحاب) .

٧- اضطراب القلق الناتج عن الكوكايين (مع البداية خلال الانسمام او خلال الانسحاب) .

٨- اضطراب الوظيفة الجنسية الناتج عن الكوكايين (مع البداية للانسمام) .

٩- اضطراب النوم الناتج عن الكوكايين (مع البداية خلال الانسمام أو خلال الانسحاب)

١٠- اضطراب مرتبط بالكوكايين غير مصنف فى مكان آخر .

الانسمام بالكوكايين

ويميزه الشعور بالانسجام والثقة وزيادة اليقظة والادراك للمثيرات، وقد يسبب القلق اوالاحساس بالعظمة والثرثرة وزيادة كمية التفكير، بالاضافة إلى أعراض جسمانية هى سرعة ضربات القلب واتساع حدقتى العينين وارتفاع ضغط الدم والعرق اوالارتجاف والغثيان والقئ ونقص الشهية للطعام والأرق، وتبدأ هذه الاعراض خلال ساعة واحدة من التعاطى وقد تحدث خلال دقائق قليلة .

ويصاحب ذلك اعراض تسبب اضطرابا لتكيف الشخص مثل اضطراب الحكم على الأمور، مما يجعله مضطرب السلوك وغير قادر على أداء عمله الوظيفى مع الفشل فى علاقاته الاجتماعية .. وقد يوجد صداع والاحساس بضربات القلب اوافكار اضطهادية وزيادة الاهتمام الجنسى، وسماع اصوات تناديه وهلاوس حسية تشبه الحشرات التى تزحف على جسمه وتسمى (بق الكوكايين) وقد يلاحظ حركات تكرارية بالفم واللسان .

وتظهر اعراض الرغبة لمزيد من الكوكايين فى صورة القلق والارتجاف وسرعة الاستثارة والاجهاد بعد ساعة تقريبا من اعراض الانسمام السابقة وتختفى كل اعراض الكوكايين تلقائيا خلال أربعة وعشرين ساعة .

ويشخص بالدلالات الآتية :

أ- تعاطى حديث للكوكايين .

ب - خلل سلوكى أو تغيرات نفسية ملحوظة (مثل : المرح الزائد أو تبلد الوجدان تغير الاجتماعية زيادة الحذر ، حساسية التعامل مع الاخرين ، القلق، التوتر ، الغضب ، السلوك المتكرر الأسلوبى ، خلل الحكم على الأمور ، خلل اجتماعى أو وظيفى ، حدث أثناء او بعد التعاطى.

جـ - أثنتان أو اكثر من الآتى تحدث خلال أو اثناء التعاطى للكوكايين:

١- بطء أو سرعة إيقاع القلب ٢- اتساع انسان العين

٣-زيادة او نقص ضعف الدم ٤- العرق او الارتجاف.

٥- الغثيان أوالقئ ٦- نقص الوزن

٧- فوران نفسى حركى او همدان ٨- ضعف عقلى أو تثبيط التنفس، آلام الصدر، خلل إيقاع القلب.

٩- تغيم الوعى ، dyskinesia ، dystonia أو غيبوبة .

د - الاعراض ليست بسبب حالة مرضية جسمانية وليست جزءا من مرض عقلى آخر .

يحدد : مصاحب باضطرابات ادراكية أم لا .

انسحاب الكوكايين Withdrawal

ويتميز بالآتى :

أ- وقف أو تقليل جرعة الكوكايين الذى تم تعاطيه لفترة طويلة

ب - سوء الوجدان مع اثنتان أو اكثر من مما يلى من التغيرات الفسيولوجية التى تحدث خلال ساعات قليلة إلى عدة أيام :

١- الاجهاد ٢- أحلام غير مريحة ٣- أرق أو زيادة النوم

٤- زيادة الشهية ٥- فوران حركى نفسى أو همدان

جـ - الاعراض السابقة تسبب خللا وظيفيا واجتماعيا أو انزعاجا شديدا

د - الاعراض ليست بسبب مرض جسمانى وليست جزءا من اضطراب عقلى

آخر.

الاضطرابات المرتبطه بمحدثات الهلاوس (المهلوسات)
Hallucinogen-Related Disorders

وهى إما أن تكون مشابهه التركيب لمادة (٥- هيدروكسى تريبتامين) مثل (ال. اس. د) والداى مثيل تريبتامين، اوتكون مشابهه للكاتيكول امين مثل المسكالين وتؤخذ هذه المواد عن طريق الفم.

أ- اضطرابات مرتبطة بتعاطى المهلوسات :

١- الاعتماد ٢- الاسراف

ب - الاضطرابات الناتجة عن المهلوسات :

١- الانسمام ٢- اضطراب الادراك الثابت (Flashbacks)

٣- هذيان الانسمام بالمهلوسات

٤- الاضطراب الذهانى الناتج عن المهلوسات المصاحب بضلالات

٥- الاضطراب الذهانى الناتج عن المهلوسات المصاحب بهلاوس

٦- اضطراب الوجدان

٧- اضطراب القلق

٨- اضطراب ناتج عن المهلوسات غير مصنف فى مكان آخر.

الانسمام بالمهلوسات Intoxication

ويميزه تغيرات ادراكية واعراض جسمانية وتأثيرات سلوكية مضطربة ويرجع ذلك إلى تناول مادة محدثة للهلاوس.

والتغيرات الادراكية تشمل الاحساس الذاتى بحدة الادراك اواختلال الإنية اواختلال البيئة المحيطة اوخطأ التأويل اوالهلاوس، وبحدث هذا في حالة من اليقظة وزيادة الانتباه للتفاصيل والخداعات قد تشمل تشوه صورة الجسم لدى الشخص وعادة تكون الهلاوس بصرية .

والاعراض الجسمانية تشمل اتساع حدقتى العينين وسرعة ضربات القلب والعرق والاحساس بضربات القلب واهتزاز الرؤية والرعشة والرنح.

أما السلوك المضطرب فيكون فى صورة قلق اواكتئاب وافكار اضطهاديه واضطراب الحكم على الأمور مما يسب اختلال أداء الشخص الاجتماعى والوظيفى وأحيانا يصاحب ذلك اقتناع أن الشخص قد فقد عقله .

يحدث الاضطراب خلال ساعة من ابتلاع مادة إلى (ال. اس . د) التى غالبا ما تستعمل ويظل لمدة ست ساعات ونادرا ما يؤذى الشخص نفسه اوغيره خلالها .

ويشخص بالدلالات الآتية :

أ- التعاطى الحديث للمهلوسات .

ب - خلل ملحوظ اكينيكيا فى السلوك أو تغيرات نفسية (مثل قلق ملحوظ ، اكتئاب أفكار اشارية خوف من فقد العقل ، شك ، خلل الحكم على الأمور خلل اجتماعى أو وظيفى.

جـ - تغيرات ادراكية تحدث فى حالة اليقظة (شعور ذاتى بزيادة حدة الادراكات واختلال الإنية واختلال ادراك البيئة ، خطأ التأويل والهلاوس) التى تحدث أثناء أو بعد تعاطى المهلوس بفترة قصيرة.

د - اثنتان أو أكثر من العلامات الآتية التى تحدث خلال التعاطى أو بعده بدقائق

١- اتساع انسان العين ٢- سرعة إيقاع القلب ٣- العرق

٤- الشعور بضربات القلب ٥- زغللة العينين ٦- الرعشة

٧- عدم التحكم الحركى.

هـ- الاعراض السابقة ليست بسبب مرض جسمانى وليست ضمن أعراض اضطراب عقلى آخر.

اضطراب الادراك الثابت للمهلوسات

Hallucinogen persisting perception Disorder

أ- اعادة معايشة الخبرة التابعة للتوقف عن تعاطى مهلوس، بواحد أو أكثر من اعراض اضطراب الادراك التى كانت خبرة عندما كان الانسمام بالمهلوس حادثا(مثل : هلاوس geometric، ادراك زائف للحركة فى أطراف مجال الرؤية البصرية ، ومضات من الألوان ، حدة الألوان ، Trails of images of moving objects,positive after images، هالات حول الموضوعات ، كبر حجم المدركات وصغر حجمها .

ب- الاعراض السابقة تسبب انزعاجا اكلينيكيا ملحوظا او خللا فى الأداء الوظيفى أو الاجتماعى.

ج- الاعراض ليست بسبب مرض جسمانى (مثل : التهاب الدماغ أو صرع بصرى) وليست ضمن أعراض مرض عقلى آخر أو هلوسه الدخول أو الخروج من النوم.

الاضطرابات الناتجة بتأثير المهلوسات

١- الانسمام ٢- اضطراب الادراك الثابت للمهلوسات

٣- هذيان الانسمام للمهلوسات

٤- اضطراب ذهانى بسبب المهلوسات مصاحب بضلالات مع بداية خلال الانسمام

٥- اضطراب ذهانى بسبب المهلوسات مصاحب بهلاوس مع بداية خلال الانسمام

٦- اضطراب الوجدان ٧- القلق

٨- اضطراب ناتج عن المهلوسات غير مصنف فى مكان آخر .

الاضطراب الذهانى المصاحب بضلالات بتأثير المهلوسات

وهواضطراب عقلى عضوى ضلالى يظل بعد فترة التأثير المباشرة للمادة المهلوسة أى بعد أربعة وعشرين ساعة من التعاطى، حيث يوجد كل التغيرات الادراكية فى الاضطراب السابق بالاضافة إلى ضلال بأن التغيرات الادراكية والافكار المصاحبة لها حقيقة وواقعية .

وقد يكون هذا الاضطراب عابرا اويظل لفترة طويلة حيث يصعب تمييزه من النوبات الذهانية الحادة مثل الاضطراب الفصامى الشكل اوالاضطراب البارانوى الحاد .

اضطراب الوجدان الناتج من تأثير المهلوسات

وهواضطراب الوجدان العضوى الذى يستمر بعد فترة التأثير المباشر للمادة المهلوسة أى بعد أربعة وعشرين ساعة من التوقف عن تعاطى المادة المهلوسة .

حيث ينتج القلق او الاكتئاب ونادرا الانسجام (السرور) ويصاحب الاكتئاب النيل من الذات اوالاحساس بالذنب، مع الخوف والتوتر وعدم الراحة الجسمانية وصعوبة النوم، مع افكار فحواها أنه أصبح مجنونا، وأنه لن يعود إلى

السواء مرة أخرى . . وفى حالة الانسمام يصبح لديه أفكار العظمة والتشتت وزيادة النشاط.

وقد يكون الاضطراب عابرا اويطول حيث يصعب تمييزه من اضطراب الوجدان.

الاضطرابات المرتبطه بالمستنشقات

أ- اضطرابات تعاطى مستنشق :

١- الاعتماد على مستنشق

٢- الاسراف فى مستنشق

ب - اضطرابات بتأثير مستنشق :

١- الانسمام بمستنشق

٢- هذيان الانسمام بمستنشق

٣- خرف ثابت بتأثير مستنشق

٤- اضطراب ذهانى بتأثير مستنشق مصاحب بضلالات (مع بداية خلال الانسمام أم لا) .

٥- اضطراب ذهانى بتأثير مستنشق مصاحب بهلاوس (مع بداية خلال الانسمام أم لا).

٦- اضطراب وجدانى بتأثير مستنشق (مع بداية خلال الانسمام أم لا) .

٧- اضطراب قلق بتاثير مستنشق (مع بداية خلال الانسمام أم لا) .

٨- اضطراب آخر بتأثير مستنشق غير مصنف فى مكان آخر .

الانسمام بمستنشق Inhalant Intoxication

أ- الاستعمال الحديث عن قصد أو التعرض لجرعات عالية من مستنشق متطاير (يستبعد غازات التخدير والموسعات للشرايين قصيرة المفعول) .

ب - سلوك غير تكيفى هام أو تغيرات نفسية (مثل : المشاجرات والتهجم على الآخرين بدنيا أو جنسيا وسوء الحكم على الأمور) الذى حدث خلال أو بعد الاستنشاق بفترة قصيرة.

جـ - اثنتان أو أكثر من العلامات الآتية خلال التعاطى (أو التعرض) أو بعده بفترة قصيره :

- الدرجة - رأرأة العينين - عدم التحكم الحركى
- انزلاق الكلام slurred - عدم ثبات المشية - الكسـل
- نقص المنعكسات العصبية - التبلد النفسى الحركى - الرعشة
- ضعف عام بالعضلات - زغللة بالعينين أو ازدواج الرؤية غيبوبة أو شبه الغيبوبه- السرور المرضى

د - الاعراض ترجع إلى حالة مرضية جسمانية وليست ضمن مرض عقلى آخر .

الاضطرابات المرتبطة بالنيكوتين

Nicotine-related Dis

ولوحظ أن التدخين يقل فى العالم المتقدم ويزداد فى الدول النامية ، وهو فى الذكور أكثر من الاناث.

- يبدأ التدخين فى العقد الثانى من العمر ، ولوحظ أن ٢٥٪ امتنعوا عن التدخين بعد أول محاولة .

- ولسحب النيكوتين أعراض تبدأ بعد التوقف بساعات وقمتها خلال ١-٤ أيام وتظل من ثلاثة إلى أربعة أسابيع، وأعراض اكتئاب ما بعد التوقف تكمن خلف عودة المدخن ، أما أعراض زيادة الشهية والوزن فتظل ٦ شهور بعد التوقف.

انسحاب النيكوتين

والاضطراب يتسبب عن الامتناع اوتقليل تعاطى التبغ حيث الرغبة الملحة للتبغ وسرعة الاستثارة والقلق وصعوبة التركيز وعدم الاستقرار والصداع والدوخة واضطرابات المعدة والامعاء ويرجع ذلك إلى نقص النيكوتين بصفة خاصة .

وهذا الاضطراب يحدث مع المدخنين الشرهين للسجاير حيث يضطرب الوجدان بعد ساعتين من آخر سيجارة، وتظهر الرغبة للتدخين قمتها خلال أربعة وعشرين ساعة وتتناقص الرغبة تدريجيا على مدى أيام أو أسابيع .

ويصاحبها الإيقاع البطئ فى رسم الدماغ الكهربائى، وزيادة انقباض عضلات المضغ نقص معدل ضربات القلب وانخفاض ضغط الدم واكتساب الوزن بالاضافة إلى الخلل فى انجاز المهام التى تحتاج إلى يقظة .

والسمات الآتية تشخصه :

ا - تعاطى نيكوتين على الأقل لعدة أسابيع.

ب - التوقف المفاجئ عن التعاطى أو تقليله الذى يحدث خلال ٢٤ ساعة ويحدث أربعة مما يلى:

١- سوء الحالة المزاجية (أو اكتئاب الوجدان) .
٢- الأرق

٣- سرعة الاستثاره أو الاحباط أو الغضب
٤- القلق

٥- عدم الاستقرار ٦- نقص ضربات القلب

٧- زيادة الشهية أو زيادة الوزن

جـ - الاعراض من (ب) تسبب كربا ملحوظا أو خلل اجتماعى أو وظيفى

د - الاعراض لا ترجع إلى حالة مرضية جسمانية ولا تعزى لمرض عقلى آخر

يلاحظ فى الاضطرابات المرتبطة بالنيكوتين أن :

- التشوق للنيكوتين (القريفة craving)أهم سمة لسحب النيكوتين ويعزى إليها صعوبة امتناع متعاطى النيكوتين ، ويصاحب اعراض سحب النيكوتين الرغبة فى تناول الحلويات وخلل فى أداء المهام التى تحتاج إلى يقظة وحذر ، وهناك ملامح ترتبط بالاعتماد على النيكوتين تحدد إلى حد كبير مدى صعوبة الامتناع عن النيكوتين ، التدخين بعد الاستيقاظ مباشرة ، التدخين حتى أثناء المرض ، صعوبة الاقلاع عن التدخين ، وأول سيجارة فى اليوم يصعب التخلى عنها كما أن التدخين فى الصباح أكثر منه فى المساء ، والنيكوتين أكثر شيوعا لدى الأفراد الذين لديهم امراض نفسية أخرى (٥٥-٩٠٪) من المرضى النفسيين يدخنون مقارنة بـ ٣٠٪ من غيرهم من عامة الناس .

مشاهدات معملية :

الاعراض الانسحابية مرتبطة ببطء ايقاع تخطيط الدماغ الكهربائى ونقص الكاتيكول أمين والكورتيزول وتغيرات النوم المصحوب بحركة العين السريعة مع خلل فى الاختبارات النفسية العصبية ونقص معدل التمثيل الغذائى، والتدخين يزيد من أيض عديد من العقاقير التى توصف لعلاج الامراض العقلية والمواد الأخرى ، ولذا فان وقف التدخين يزيد من معدل تلك العقاقير بالدم ، أحيانا إلى درجة هامة اكلينيكيا هذا التأثير لا يبدو أنه بسبب النيكوتين ولكنه بسبب المواد

الاخرى فى التبغ ، والنيكوتين ومخلفات أيضه (cotinine) يمكن أن تقاس بالدم واللعاب والبول ، والمدخنون لديهم نقص فى وظيفة الرئتين وزيادة حجم الخلايا الدموية .

ويعانى المرضى المزمنون من كحة وانسداد الرئة وتجاعيد الجلد، سرطان الرئة ، والفم ، أمراض القلب ، مضاعفات على الأجنة والأمهات فى فترة الحمل ، وأغلب هذا بسبب المواد المحدثة للسرطانات وأول اكسيد الكربون، والنيكوتين يزيد من مخاطر الإصابات القلبية الوعائية ، ومن لايدخنون ولكنهم يتعرضون مدة للتدخين لديهم مخاطر عالية للإصابة بالسرطان الرئوى وأمراض القلب.

الاضطرابات المرتبطه بالأفيون

وهذه المجموعة تشمل مواد طبيعية مثل المورفين والهيروين ومواد مخلقة ذات مفعول يشبه المورفين مثل المبريدين والميثادون ويتم تعاطى هذه المواد عن طريق الفم أوعن طريق الحقن فى الوريد او العضل او تحت الجلد.

أ- اضطرابات التعاطى :

١- الاعتماد على الأفيون

٢- الاسراف فى تعاطى الأفيون

ب - اضطرابات ناتجة بتأثير الأفيون :

١- الانسمام بالأفيون (مصاحب باضطرابات ادراكية أم لا)

٢- انسحاب الافيون

٣- الهذيان الانسمامى للأفيون

٤- الاضطراب الذهانى الناتج بتاثير الأفيون المصاحب بضلالات (البداية

خلال الانسمام أم لا) .

٥- الاضطراب الذهانى الناتج بتاثير الأفيون المصاحب بهلاوس (البداية خلال الانسمام أم لا) .

٦- اضطراب وجدانى ناتج بتاثير الأفيون (بدايته خلال الانسمام أم لا) .

٧- اضطراب الوظيفة الجنسية ناتج بتاثير الأفيون (بدايته خلال الانسمام أم لا) .

٨- اضطراب النوم ناتج بتاثير الأفيون (بدايته خلال الانسمام أم لا) .

٩- اضطراب ناتج عن تاثير الأفيون وغير مصنف فى مكان آخر.

الانسمام بالمواد الأفيونية

ويتميز بعلامات نفسية وعصبية وتأثيرات سلوكية غير تكيفية بسبب التعاطى الحديث للمواد الأفيونية .

والعلامات النفسية هى الشعور بالسرور اوالشعور بالضيق مع التبلد والبطء الحركى .. والعلامات العصبية هى التضيق الشديد فى حدقتى العينين (اواتساعهما بسبب نقص الأكسجين المصاحب لزيادة الجرعة بصورة شديدة) والنعاس وعدم وضوح مقاطع الكلام واضطراب الحكم على الأمور الذى يترتب عليه فشل الشخص فى علاقاته الاجتماعية وأداء عمله الوظيفى، وفشله فى تحمله المسئوليات .

وقد يصاحب ذلك نقص حدة الرؤية البصرية والامساك وعدم الاحساس بالألم، عند تعاطى جرعة مورفين عن طريق الوريد فإن قمة التأثير الذاتى للفرد تحدث خلال دقائق ويظل تأثير الجرعة لفترة من أربع إلى ست ساعات .

وأخطر المضاعفات هوالانسمام بالمواد الأفيونية، الذى يظهر فى صورة

غيبوبة وهبوط حاد فى ضغط الدم وتضيق حدقتى العينين وخمود التنفس مع احتمال الوفاة بسبب توقف التنفس . ويمكن ازالة هذه الاعراض بواسطة حقن جرعة مضادة مثل نلوكسون (Naloxone)اونلورفين (Nalorphine) او لفالورفان (Levallorphan) خاصة اذا اعطيت قبل حدوث تلف الدماغ بسبب غياب الأكسجين .

والسمات الآتية تشخصه :

أ- تعاطى حديث للأفيون .

ب - سلوك غير تكيفى أو تغيرات نفسية هامة واضحة (مثل سرور مرضى يتبع بتلبد أو سوء مزاج - فوران نفسى حركى - خلل الحكم على الأمور - خلل اجتماعى أو وظيفى) الذى حدث أثناء او عقب تناول أفيون.

جـ- تضيق انسان العين (او اتساعه بسبب نقص الأكسجين الناتج من زيادة الجرعه) مع واحد او أكثر مما يلى الذى يحدث أثناء او بعد الأفيون بوقت قصير

١- دوخة أو اغماء

٢- كلام غير واضح

٣- slurred خلل الانتباه والذاكرة

د - الاعراض لاترجع إلى حالة مرضية جسمانية ولا تعد كمرض عقلى آخر.

الاضطراب المصاحب للتوقف عن تعاطى المواد الأفيونية (الانسحاب)

ويميزها دمعان العينين وثر الأنف[1] واتساع حدقتى العينين والعرق والاسهال والتثاؤب وسرعة ضربات القلب وارتفاع درجة الحرارة والأرق وارتفاع ضغط الدم الطفيف، وهذه الأعراض والعلامات تظهر بعد التوقف عن تعاطى المواد الافيونية بفترة أسبوع إلى أسبوعين من التعاطى المستمر اوباعطاء الجرعة ذات المفعول المضاد (مثل نلوكسون اونلورفين) .

ويصاحب ذلك عدم الاستقرار وسرعة الاستثارة والاكتئاب والرعشة والضعف الجسمانى والغثيان والقئ وآلام المفاصل والعضلات .. وهذه الصورة الاكلينيكية تشبه إلى حد كبير الصورة الاكلينيكية للانفلونزا .

وفى حالات المورفين اوالهيروين تكون الاعراض الأولية للتوقف عن التعاطى خلال ست إلى ثمانى ساعات بعد الجرعة السابقة، وتصل الاعراض إلى أقصى درجة فى اليوم الثانى وتختفى بعد أسبوع إلى عشرة أيام . . أما فى حالات المبريدين فان الاعراض تبدأ سريعا بعد آخر جرعة وتصل إلى درجتها القصوى خلال ثمانى إلى اثنتى عشرة ساعة وتختفى خلال أربعة إلى خمسة أيام ، ويختلف الميثادون فى أن اعراضه تبدأ بعد يوم إلى ثلاثة أيام من آخر جرعة وتكون بصورة خفيفة وتنتهى بعد عشرة إلى أربعة عشر يوما .

ويلاحظ أن المواد ذات المفعول قصير المدى تحدث اعراض توقف حادة ، بينما المواد طويلة المفعول تحدث اعراضا فى مدى أطول وخفيفة الحدة ، هذا بخلاف الجرعات المضادة التى تحدث اعراضا شديدة حتى للمواد طويلة المفعول ، ونادرا ما تحدث الوفاة ما لم يكن هناك مرض جسمانى شديد .

---

(١) ثر الأنف : Rhinorrhea

ويتميز بالدلالات الآتية :

أ- أى مما يلى :

١- وقف أو تقليل الأفيون الذى كان يتم تعاطيه بكثره ولمدة (عدة أسابيع أوأكثر).

٢- اعطاء مادة مضاد مفعولها للافيون بعد فترة من تعاطيه.

ب - ثلاثة أو أكثر مما يلى تحدث خلال دقائق أو بعد أيام من مواصفات(أ)

١- سوء المزاج

٢- غثيان وقئ

٣- الام جسمانية

٤- دمع العين وثر الأنف

٥- اتساع انسان العين وانتصاب شعر الجسم والعرق

٦- الاسهال ٧- التثاؤب ٨- السخونة ٩- الأرق

جـ- الاعراض فى (ب) تسبب انزعاجا واضحا أو إعاقة اجتماعية أو وظيفية .

د- الاعراض ليس سببها مرض عقلى آخر او مرض جسمانى.

الاضطرابات المرتبطه بعقار الـ ب سى ب ومشابهاته

Phencyclidine (PCP)

أ- اضطرابات التعاطى :

١- الاعتماد على الـ ب سى ب

٢- الاسراف فى تعاطى الـ ب سى ب

ب - اضطرابات ناتجة بتاثير الـ ب سى ب وهى :

١- الانسمام بالـ ب سى ب (مصاحب باضطرابات ادراكية أم لا)

٢- الهذيان الانسمامى لـ ب سى ب

٣- اضطراب ذهانى ناتج بتأثير الـ ب سى ب مصاحب بضلالات (بدايته خلال الانسمام أم لا).

٤- اضطراب ذهانى ناتج بتأثير الـ ب سى ب مصاحب بهلاوس (بدايته خلال الانسمام أم لا).

٥- اضطراب وجدانى ناتج بتأثير الـ ب سى ب (بدايته خلال الانسمام أم لا)

٦- اضطراب قلق ناتج بتأثير الـ ب سى ب (بدايته خلال الانسمام أم لا)

٧- اضطراب يعزى لعقار الـ ب سى ب وغير مصنف فى مكان آخر.

الانسمام بعقار الـ ب سى ب

أ- تعاطى حديث من العقار أو مادة مشابهة.

ب- سلوك غير تكيفى او تغيرات نفسية واضحة وهامة (مثل :الشجارات او الاعتداءات بما فيها الجنسية ، او الاندفاعية أو عدم التحديد أو الفوران الحركى النفسى أو خلل الحكم على الأمور أو خلل وظيفى واجتماعى) حدث أثناء او عقب تعاطى الـ ب سى ب.

جـ- خلال ساعة (او أقل عندما يدخن أو يشم أو يعطى وريديا) يحدث اثنتان او أكثر مما يلى :

١- رأرأة العين

٢- ارتفاع ضغط الدم او سرعة ضربات القلب

٣- المبالغة او نقص الاستجابة للألم

٤- الرنح ٥- تقطع الكلام

٦- تصلب العضلات   ٧- تشنجات أو غيبوبة   ٨- حدة السمع

د- الاعراض لاترجع إلى حالة مرضية جسمانية ولا تعد كمرض عقلى آخر.

هـ- يحدد هل مصاحب : باضطرابات ادراكية أم لا ؟

الاضطرابات المرتبطة بالمهدئات أو المنومات أو مضادات القلق

أ- اضطرابات مرتبطة بالتعاطى :

١- الاعتماد على المهدئات او المنومات أو مضادات القلق

٢- الاسراف فى تعاطى المهدئات او المنومات أو مضادات القلق

ب - اضطرابات ناتجة بتأثير المهدئات أو المنومات أو مضادات القلق :

١- الانسمام بأى منها

٢- الانسحاب لأى منها (مع اضطرابات ادراكيةأم لا)

٣- الهذيان الانسمامى بأى منها

٤- الهذيان الانسحابى لأى منها

٥- الخزف الثابت الناتج عن أى منها.

٦- اضطراب النساوة الناتج عن أى منها.

٧- الاضطراب الذهانى الناتج عن أى منها المصاحب بضلالات (بدايته خلال الانسمام أم لا)

٨- الاضطراب الذهانى الناتج عن أى منها المصاحب بهلاوس (بدايته خلال الانسمام أم لا).

٩- الاضطراب الوجدانى الناتج عن أى منها (بدايته خلال الانسمام او

الانسحاب).

١٠- اضطراب القلق الناتج عن أى منها (بدايته خلال الانسحاب) .

١١- اضطراب الوظيفة الجنسية الناتج عن أى منها (بدايته خلال الانسمام او الانسحاب) .

١٢- اضطراب النوم الناتج عن أى منها (بدايته خلال الانسمام او الانسحاب) .

١٣- اضطراب ناتج عن تأثيرها وغير مصنف فى مكان آخر.

الانسمام بالمهدئات أو المنومات أو مضادات القلق

أ- التعاطى الحديث لمهدئ او منوم او مضاد للقلق

ب - سلوك غير تكيفى واضح وهام او تغيرات نفسية (مثل سلوك عدوانى او جنسى او تقلب وجدانى - خلل الحكم على الأمور او خلل وظيفى او اجتماعى الذى يحدث عقب او أثناء تعاطى منوم او مهدئ او مضاد للقلق

جـ- واحد او أكثر من العلامات الآتية خلال او عقب تناول أى منها-:

١- عدم وضوح الكلام (slurred) ٢- عدم التحكم الحركى

٣- عدم ثبات المشية ٤- رأرأة العين

٥- خلل فى الانتباه أو الذاكرة ٦- الاغماء او شبه الغيبوبة

د- الاعراض لا ترجع إلى حالة مرضية جسمانية ولا تعد ضمن مرض عقلى آخر.

انسحاب المهدئات أو المنومات أو مضادات القلق

أ- وقف او تقليل تعاطى المنوم او المهدئ او مضاد القلق الذى اعتاد تناوله الشخص لفترة طويلة

ب- اثنتان أو اكثر مما يلى تحدث خلال عدة ساعات إلى أيام بعد حدوث (أ)

١- زيادة نشاط الجهاز العصبى المستقل (العرق - ضربات القلب أكثر من ١٠٠)

٢- زيادة رعشة اليدين ٣- الأرق ٤- الغثيان والقىء

٥- هلاوس أو خطأ تاويل عابر بصرى أو سمعى أو حسى

٦- فوران نفسى حركى ٧- قلق ٨- نوبات تشنج عظمى

جـ - الاعراض فى (ب) تسبب ازعاجا واضحا أو خللا وظيفيا واجتماعيا.

د - الاعراض لا ترجع إلى حالة مرضية جسمانية ولا تعد ضمن أعراض مرض عقلى آخر.

يحدد اذا كان مصاحب باضطراب ادراك أم لا.

اضطراب الاسراف لعديد من المواد
واضطراب الاعتماد على العديد من المواد

عندما يكون الشخص متعاطيا لثلاثة مواد على الأقل ليس من بينها النيكوتين أو الكافيين وعلى الأقل لمدة ستة شهور، وليس لأى من تلك المواد سيطره ، ولديه مواصفات الاعتماد للمواد كمجموعه وليس لأى منها على انفراد.

الاسراف فى تعاطى مادة أخرى
(غير السابق ذكرها)

١- اكسيد النيتروز (Nitrous oxide) : يحدث انسماما سريعا يتميز بخفة الرأس والشعور بالانتفاخ وتغيم الوعى مع اضطرابات ضلالية قابلة للتحسن.

٢- الاسترويدات الجنسية (anabolic steroids) : احساس مبدئى بالصحة او السرور سرعان ما يتحول إلى شعور بالكسل وسرعة استثارة وسوء المزاج أو الاكتئاب ومرض الكبد.

٣- مستنشقات النيريت (Nitrite Inhalants) : تحدث انسماما يتميز بشعور بامتلاء الرأس وسرور خفيف مع تغير ادراك الزمن وارتخاء عضلى واحتمال زيادة الشعور بالرغبة الجنسية مع الاعتماد النفسى عليه، وقد يحدث إعاقة لجهاز المناعة ، مع استثاره الجهاز التنفسى ونقص الأكسجين فى الدم،وقد يظهر تفاعلات سمية (مثل القئ والصداع الشديد وهبوط الضغط والدوخة) .

قد تحدث كل الاضطرابات المرتبطة بتعاطى مادة نتيجة لتعاطى مادة غير معروفة.

الفصل الثانى

الفصام والاضطرابات الذهانية الأخرى

مقدمة :-

١- فتاة فى التاسعة عشرة من عمرها طالبة جامعية بدأت تنعزل عن الناس من ثمانية شهور وتوقفت عن الذهاب للجامعة وأهملت فى نظافتها وأصبحت متبلدة العواطف وتعتقد أن الناس يلمحون إليها بإشارات يقصدونها، وتسمع أصواتا تتهمها بأنها سيئة السمعة، وفى فترة إشتداد الاعراض كانت لاتنام ولا تأكل ودائمة الحركة فى البيت، وبفحصها لوحظ عدم اتساق تفكيرها وعدم ترابطة مع وجود ضلالات الاشارة وهلاوس سمعية واختلال حكمها على الأمور وعدم إستبصارها، وتفكك شخصيتها مع تبلد وجدانى.

٢- رجل فى الأربعين من عمره صاحب عمل حر ، حضرت معه زوجته باكية من اتهامه لها بالخيانة الزوجية ورغم أنه ناجح فى عمله ولديهما أطفال ويعيشون فى بحبوحة من العيش، الا أن شكوكه التى بدأت من شهرين حولت حياتهم إلى جحيم لا يطاق، لدرجة أنه أصبح يراقب تصرفاتها داخل وخارج البيت ، وحتى أثناء نومها .. وبفحصه نفسيا لوحظ وجود ضلالات الخيانة وعدم الاستبصار ، وفيما عدا هذه الضلالات فحكمه على الأمور سليم .

٣- سيدة فى الثانية والأربعين من عمرها أرمله تعمل بالتجارة ، أحضرتها أختها لتوهمها أن الآخرين يضطهدونها وتتشكك فى تصرفاتهم وأصبحت لا تنام، وكثر شجارها ضمن مشاكلها مع المحطين بها .. وبفحصها نفسيا لوحظ وجود ضلالات الاضطهاد وعدم الاستبصار ، وحكمها على الأمور سليم عدا ما يرتبط بالضلالات السابقة .

٤- فتاة فى الثامنة عشرة من عمرها طالبة بالصف الثالث الثانوى، تعرضت

لصدمة عاطفية من أسبوع مضى فأصابها الارق وأصبحت تسمع أصواتا تنادى عليها لا يسمعها من حولها، مع شعورها بإضطهاد من المحيطين بها المصحوب بالخوف، مع تصرفات غريبة من صراخ وهياج ورسم على جسدها .. بفحصها لوحظ أنها مشتتة الانتباه ومضطربة الاهتداء بالنسبة للزمان والمكان مع أفكار اضطهادية وارتباك وقلق عدم استبصار واضطراب الحكم على الأمور .

هذه أمثلة لحالات اكلينيكية سوف يعرض لها هذا الفصل .. هل يمكنك بعد إعادة قراءتها أن تضع أهدافا تعليمية تبغى معرفتها؟ ما هى هذه الاهداف ؟

إضطرابات الفصام

يعرف الفصام بأنه مجموعة من الاضطرابات تختلف من حيث العوامل السببية والاستجابة للعلاج ومصير المرض، وتتفق فى أنها لزمة مكونة من اعراض مميزة ناشئة عن اضطراب التفكير والادراك والوجدان والسلوك، وهذه الاعراض تصل إلى درجة الذهان فى بعض الأوقات خلال مسار المرض. . اوهواضطراب عديد من وظائف الأنا ينتج عنه عدم قدرة المريض أن يميز بدقة وثبات بين الواقع الداخلى والخارجى، مع فشله فى المحافظة على إتصاله بالعالم الخارجى.

ولقد بذلت محاولات عديدة لتحديد مفهوم الفصام نذكر منها :

١- **محاولة كريبلين** (Kreaplin) : الذى أكد مفهوم التدهور العقلى المصاحب للمرض مما دعاه إلى تسميته بالخرف المبكر، وقرر أن ملامحه الاكلينيكة هى السلبية والانسحاب وأسلوبية الحركة وفقد الإرادة والإنتباه وضعف الحكم على الامور والتناقض بين الوجدان والتفاعل العام واضطراب التفكير، وعدم التميز بين الواقع والخيال وأنه ليس ناتجا عن تسمم أو هستيريا أو صرع أو هذيان أو ذهان الهوس والاكتئاب.

٢- **محاولة بلولر (Bleuler)** : الذى لم يرى أن التدهور أحد السمات الهامة فى مرض الفصام، وقسم الاعراض المرضية فى الفصام إلى اعراض أساسية (جوهرية) وهى اضطراب التفكير المتميز بتفكك الروابط واضطراب الوجدان، والذاتوية (Autism) وثنائية المشاعر(Ambivalence) واعراض مصاحبة وهى الهلاوس والضلالات .. وبلولر هوأول من أسماه بمرض الفصام (Schizophrenia) ومعناه الانقسام العقلى، وهذا المعنى يختلط لدى عامة الناس مع ازدواج الشخصية الذى يطلق عليه حاليا اضطراب تعدد الشخصية

٣- **محاولة شنيدر (Schneider)**: الذى وصف عددا من الأعراض أسماها اعراض الدرجة الأولى(First-Rank Symptoms) ذات الأهمية فى تشخيص الفصام وتشمل : سماع المريض لأفكاره بصوت مرتفع، وهلاوس سمعية تعلق على سلوك المريض، وضلالات التأثير جسمانيا بواسطة قوى خارجية، وأن هناك قوى خارجية تتحكم فى تفكيره وتنشره على الناس، وضلالات الخضوع لسيطرة قوى خارجية تتحكم فى تصرفاته.

ومازالت المحاولات مستمرة فى صورة التصانيف الحديثة للأمراض النفسية وكان آخرها التصنيف التشخيصى الاحصائى الثالث المراجع والرابع (DSM-IV) اللذان استبعدا تشخيص مرض الفصام دون أعراض ذهانية كما كان يحدث الفصام الكامن اوالحدى(Borderline) اوالبسيط ،وأصبحت تشخص على أنها اضطرابات شخصية، كما وضعا لاضطراب الفصام دلالات محددة يشخص بها إكلينيكيا، وسوف نورد فيما يلى وصفا مفصلا للصورة الاكلينيكية للفصام ثم نتبعها بدلالات التشخيص حسب التصنيف.

الصورة الاكلينيكية للفصام

للصورة الإكلينيكية للفصام مميزات عامة هى :

١- وجود أعراض ذهانية خلال المرحلة النشطة للمرض .

٢- تشمل الأعراض المميزة للعديد من الوظائف النفسية المضطربة .

٣- نقص الأداء الوظيفى عن ذى قبل (وفى حالة الأطفال والمراهقين يكون نقص المتوقع من الانجاز الدراسى والاجتماعى) .

٤- المدة لا تقل عن ستة شهور وقد تشمل أعراضا ممهدة أو أعراضا متبقية.

٥- فى بعض مراحل المرض يجب أن يشمل الفصام ضلالات اوهلاوس اواضطرابات محددة ومميزة فى شكل التفكير والوجدان .

٦- ولا يعزى الاضطراب الى حالة مرضية جسمانية أوبتأثير مادة ، وليست الأعراض ناشئة عن اضطراب الوجدان اوالفصام الوجدانى.

وقبل أن نسترسل فى عرض تفاصيل الصورة الإكلينيكية علينا أن نأخذ فى الإعتبار ثلاثة أشياء :

١- لا يوجد عرض مرضى واحد (أو علامة مرضية واحدة) يشخص به الفصام فكل أعراض الفصام يمكن رؤية بعضها فى عدد من الاضطرابات العصبية والنفسية

٢- تتغير اعراض المريض الواحد من وقت لآخر.

٣- لا بد أن نأخذ فى الاعتبار مستوى المريض التعليمى وذكاءه وثقافته البيئية، فمثلا عدم قدرة المريض على التجريد قد يعكس تعليمه وذكاؤه، كما أن بعض المعتقدات الغريبة قد تعكس نمطا من الثقافة البيئية اوالدينية .

- **نقص الأداء الوظيفى عن ذى قبل :** حيث يتدهور انجاز الشخص على مستوى العمل والعلاقات الاجتماعية واهتمامه بنفسه، ويلاحظ هذا التغير بواسطة الأهل والاصدقاء، واذا بدأ الاضطراب فى الطفولة اوالمراهقة يحدث فشل فى الوصول إلى الانجاز الاجتماعى المتوقع له، ومن ثم فان العرض الواحد مثل الضلال التحوصل دون أن يصاحبه نقص فى الوظيفة الاجتماعية اوالعمل لا يشخص فصام، حيث يجب أن يشمل الفصام اعاقة (اضطراب) فى عديد من

الاعراض المرضية المميزة لاضطراب العديد من الوظائف النفسية

١- **اضطراب التفكير:** الذى يبرز خاصة فى صورة اضطراب محتوى التفكير والقوة المتحكمة فى التفكير وشكل التفكير .

أ) **اضطراب محتوى التفكير:** ويشمل الضلالات التى قد تكون متعددة أو مفرطة فى الغرابة، وقد تكون ضلالات اضطهادية (كمن يعتقد أن هناك من يتجسسون عليه أو يخططون لإيذائه بدس السم له أو تشويه سمعته)، أو ضلالات الإشارة (كمن يعتقد أن الناس تلمح عليه أو تسخر منه بالقول اوالاشارة)، أو ضلالات أخرى مثل العدمية أو العظمة أو ضلالات الاعتقاد بأن قوة خارجية تحكم أفعاله وتصرفاته (Delusions of being controlled)

ب) **اضطراب القوة المتحكمة فى التفكير** : حيث يتوهم أن هناك من يسحب أفكاره من رأسه (شخص اوقوة معلومة اوخفية) أو يتوهم أن أفكارا توضع فى رأسه ليست خاصة به، وذلك دون إرادة منه أو أن افكاره تذاع على الناس فى وسائل الاعلام الصحافة والاذاعة والتلفزيون) .

ج) **اضطراب شكل التفكير** : ومن أكثر أشكاله شيوعا فقدان روابط التفكير (بين الأفكار وبعضها) حيث ينتقل المريض من موضوع إلى موضوع آخر مختلف تماما، أو أن العلاقة بين الموضوعين عارضة دون وعى الشخص بذلك، وعندما يزداد فقدان الروابط يأخذ التفكير شكل عدم الاتساق، وقد يوجد فقد فى محتوى الكلام حيث يكون مناسبا فى الكمية ولكنه يتضمن القليل من المعلومات لغموضه، اولأنه مجرد أكثر من اللازم أو عيانى أكثر من اللازم، أو يتصف بالتكرارية أو الأسلوبية وقد يوجد انسداد فى مسار التفكير ولكنه أقل شيوعا، أو يتكلم بلغة جديدة.

٢- اضطراب الادراك : فى شكل هلاوس متنوعة ولكن أكثرها شيوعا الهلاوس السمعية، هذه الأصوات قد تكون مألوفة لديه وغالبا تكون الفاظها مهينة له، وقد يكون لشخص واحد اولعدد من الاشخاص، وقد يكون الكلام موجها إليه بصورة مباشرة اوغير مباشرة(مثل وصف سلوكه الذى يؤديه) .

وقد تكون الهلاوس حسية (لمسية) فى صورة تنميل أو احساس كهريائى، اوتكون هلاوس حشوية (Somatic hallucination) مثل الاحساس بحركة ثعابين داخل البطن، ونادرا ما تكون هلاوس بصرية اوتذوقية اوشمية .. وجود الهلاوس البصرية والتذوقية والشمية فى حالة غياب الهلاوس السمعية يلفت الانتباه إلى وجود اضطراب عقلى عضوى.

وهناك اضطرابات ادراكية أخرى تشمل احساسات التغير الجسمانى والحساسية الشديدة للاصوات والرؤى والروائح .

٣- اضطراب الوجدان : ويشمل غالبا فقدان الشعور اوتناقض الوجدان اوعدم التمايز الوجدانى(Indifference)

٤- الإحساس بالنفس : الذى يعطى الانسان السوى الإحساس بالتفرد واتجاه النفس الخاص، وأحيانا يسمى ذلك بتلاشى حدود الأنا-Loss of Ego) (Boundaries، ويظهر ذلك فى صورة ارتباك هوية الشخص ومعنى وجوده فى الحياة ،اوبعض الضلالات خاصة التى تحتوى التحكم بواسطة قوى خارجية .

٥- الارادة : حيث تضطرب قدرة الشخص على المبادرة بأنشطة هادفة وموجهه وقد يعوق ذلك أدائه لعمله فيصبح غير مهتم بعمله أوتصبح لديه ثنائية الارادة التى تؤدى إلى توقف نشاطه الهادف الموجه ذاتيا .

٦- العلاقة بالعالم الخارجى : كثيرا ما ينسحب المريض عن العالم الخارجى ويصبح تفكيره غير واقعى ومنصب حول ذاته وعندما تزيد هذه الحالة تسمى"الذاتوية" (ويشكو أهله من أنه يعيش فى عالم خاص به ومنسلخ عاطفيا عن كل ما حوله) .

٧- السلوك : قد تقل حركته ونشاطه التلقائى وتفاعله مع البيئة من حوله وقد يزيد ذلك لدرجة يبدوفيها غير متيقظ للبيئة من حوله، (كما في حالة الذهول الكتاتونى) وقد يتصلب في وضع معين ويرفض المحاولات لتغيير هذا الوضع (كما فى حالة التصلب الكتاتونى) ، وقد يصبح السلوك غير محكوم وغير هادف (كما فى حالة الهياج التاتونى) .

وقد يصاحب ذلك ملامح إكلنيكية أخرى مثل : فقر التفكير أو التفكير السحرى أو السلوك المتكرر والقلق والاكتئاب أو الغضب اواختلال الانية (Depersonalization) واختلال ادراك البيئة (Derealization) من حوله اواضطرابات الذاكرة اوعدم ادراك البيئة (Disorientation) .

وعادة يبدأ مرض الفصام فى سن المراهقة أو بداية الحياة الراشدة وتشير الدراسات إلى أنه يصيب الرجال مبكرا عن الإناث. ويلزم لتشخيص مرض الفصام ان تستمر الصورة المرضية لمدة ستة اشهر وتستمل على المرحلة النشطة عن الأعراض الذهانية وقد تشتمل على مرحلة منذرة (Prodromal) أو مرحلة متبقية (Residual).

وتتميز المرحلة المنذرة (الممهدة) : بانهيار مستوى الأداء الوظيفى للشخص والانسحاب الاجتماعى وبعض السلوك الغريب واهمال الشخص لنظافته وتبلده العاطفى وغرابة الأفكار ونقص المبادرة والاهتمامات، ويلاحظ التغير بواسطة الأهل والأصدقاء، ويتفاوت طول هذه المرحلة، ويصعب تحديد بدايتها بدقة . ويعتبر التنبؤ سيئا خاصة عندما تكون غامضة البداية والتدهور تدريجى على مدى سنوات عديدة .

وتتميز المرحلة النشطة بالاعراض الذهانية : مثل الضلالات والهلاوس فقدان الروابط بين الافكار وعدم اتساق الافكار وفقر محتوى الكلام والتفكير غير الواقعى والسلوك المضطرب .

أما المرحلة المتبقية فعادة تتبع المرحلة النشطة من المرض وهى تشبه إلى حد

كبير المرحلة المنذرة، الا أن الجمود العاطفى واضطراب الأداء الوظيفى أكثر شيوعا فيها من المرحلة المنذرة. . وقد يظل فيها بعض الاعراض الذهانية مثل الضلالات اوالهلاوس ولكن دون تأثير قوى.

المسار والتنبؤ بمصير الفصام:

يبدأ الفصام غالبا بأعراض ممهدة ويتبعها ظهور الاعراض الأكثر ظهورا وهى الذهانية(وهذه هى المرحلة النشطة)، وذلك خلال أيام اذا كانت البداية حادة اوخلال شهور قليلة، اذا كانت البداية متدرجة وقد تكون البداية مسبوقة بعامل مرسب (مثل الانتقال من مكان لآخر للمعيشة اوالدراسة، اوتعاطى عقار مخدر اوفقدان أحد الاقارب بالوفاة اومرض جسمانى).

والمسار التقليدى لمرض الفصام عبارة عن إشتدادات تتبادل مع فترات من الهوادة وأحيانا يلاحظ الاكتئاب بعد كل نوبة ويستمر التدهور فى التزايد لعدة سنوات (خمس سنوات فى المتوسط)، ثم يقف التدهور وتقل شدة الأعراض الموجبة وتظل الاعراض السالبة (مثل الجمود العاطفى والعزلة الاجتماعية ونقص الأداء الوظيفى وضعف الإرادة)، وهذا يجعل حياة المريض بلا هدف ويتكرر تنويمة بالمستشفيات .. أما أن يعود الشخص إلى سابق عهده من الأداء الوظيفى قبل المرض فذلك يندر حدوثه.

وطبقا لتصنيف الأمراض النفسية التشخيصى الإحصائى الرابع فان مسارالفصام لا يوصف خلال السنة الأولى من بدء الأعراض النشطة بوصف معين **ويقسم إلى :-**

بعد مرور سنة على بدء الفصام يمكن اعطاء المواصفات الآتية لمساره :

١- مسار نوابى مع فترات من الأعراض المتبقية تتخلل النوبات.

٢- مصاحب بأعراض سالبة بارزة.

٣- مسار نوابى لاتتخلله فترات من الاعراض المتبقية.

٤- مسار مستمر من الاعراض (مصاحب باعراض سالبة بارزة أم لا) .

٥- نوبة واحدة فى حالة هدأة جزئية حاليا (مع أعراض سالبة بارزة أم لا)

٦- نوبة وحيدة فى حالة هدأة كاملة .

٧- مسارغيرمحدد النمط.

وتوجد بعض العوامل التى تنبئ بمصير حسن لمرض الفصام منها

١- عدم إضطراب شخصية قبل المرض

٢- الانجاز الوظيفى المناسب فى فترة ما قبل المرض

٣- وجود عوامل مرسبة للمرض .

٤- البداية المفاجئة للمرض.

٥- البداية فى منتصف العمر (البداية المتأخرة للمرض) .

٦- وجود أعراض وجدانية (خاصة التى تمت للاكتئاب) .

٧- وجود أعراض كتاتونية وبارانوية .

٨- عدم إستمرار مسار المرض (تراجعه لفترات يتحسن فيها المريض) .

٩- وجود تاريخ عائلى لاضطراب الوجدان .

١٠- المريض متزوج .

١١- يلقى مساندة اجتماعية مناسبة .

ويلاحظ أن عكس هذه الاشياء تنبئ بمصير سئ لمريض الفصام.

الإعاقة فى مرض الفصام :-

نلاحظ من عرض الصورة الإكلينيكية ومسار الفصام ومصيره أنه عند

مرحلة معينة من المرض تصبح الإعاقة فى عديد من الوظائف اليومية مثل العمل والعلاقات الاجتماعية والعناية بالنفس، وقد يلزم الاشراف على حالته الغذائية ونظافته وحمايته من نتائج سوء تصرفه وضعف حكمه على الأمور، أو افعاله الناتجة عن ضلالات أو إستجابة الهلاوس وبين النوبات يتفاوت إحتياجه للرعاية من إعاقة تستدعى رعاية فى مصحة إلى تحسن يجعله يعتمد على نفسه .

مضاعفات مرض الفصام :

للفصام مضاعفات نذكر منها :

١- الفشل الدراسى رغم أن المريض قد يتمتع بذكاء متوسط أو فوق المتوسط .

٢- فشل المريض فى عمله اوضعف مستوى أدائه أو عدم قدرته على الإستمرار فى نفس العمل .

٣- الإقامة بالمستشفيات لفترات طويلة من حياته .

٤- إرتكاب بعض جرائم العنف المفرطة فى الغرابة .

٥- قصر حياة الفصاميين إما لكثرة الانتحار بينهم اوسوء التغذية الذى ينشئ عنه الامراض، او لسوء الرعاية الطبية وتجدر الاشارة إلى أن (٥٠٪) من مرضى الفصام يحاولون الانتحار، وأن (١٠٪) منهم ينهون حياتهم فعلا .

تشخيص الفصام :

يتم تشخيص الفصام من خلال تاريخ المرض وفحص الحالة العقلية الحاضرة، ولا توجد اختبارات معملية تشخص الفصام، ولقد بذلت المحاولات التى سبق ذكرها وغيرها الكثير لتحديد دلالات يمكن الاعتماد عليها فى تشخيص الفصام وهذه الدلالات هى :

السمات التشخيصية للفصام :

أ- **العلامات المميزة** : أثنتان أو أكثر مما يلى ، كل منها ظل لفترة شهر (أو أقل إذا عولج بنجاح)

١- الضلالات

٢- الهلاوس

٣- الخلط فى الكلام (عدم اتساق الافكار)

٤- سلوك مضطرب أو سلوك كتاتوني.

٥- الاعراض السالبة التبلد الوجدانى أو ضعف الارادة أو alogia

ملحوظة : اذا كانت الضلالات مفرطة الغرابة أو إذا كانت الهلاوس صوتا مستمرا يعلق على تصرفات الشخص أو أفكاره أو شخصان أو أكثر يتحدثان الى بعضهما فإن علامة واحدة منها تكفى من (أ) .

ب- **خلل اجتماعى أو وظيفى** : لمدة ملحوظة منذ بدء الاضطراب.

ج- **المدة** : أعراض الاضطراب استمرت على الأقل ستة شهور هذه الشهور الستة يجب أن تشمل شهرا على الأقل من الاعراض (أو أقل إذا عولجت بنجاح) وقد تشمل فترات بأعراض منذرة أو أعراض متبقية ، علامات الاضطراب قد تبدو فقط بعلامات سالبة أو اثنتان أو أكثر من الاعراض المذكورة فى البند (أ) فى شكل بسيط (مثل أفكار غريبة أو خبرات إدراكية غير معهودة) .

د- يستبعد الفصام الوجدانى وإضطراب الوجدان المصاحب بأعراض ذهانية.

هـ -يستبعد أن يكون الاضطراب راجعا إلى تعاطى مادة أو حالة مرضية جسمانية.

و - إذا وجد إضطراب مشوه النمو فى التاريخ المرضى للشخص (مثل الذاتوية)

فإن تشخيص الفصام كاضطراب مضاف للسابق يتم فقط فى حالة الضلالات أو الهلاوس البارزة، والتى استمرت لمدة شهر على الأقل (أو أقل إذا عولجت بنجاح) .

وتصنف طويلة المسار (إذا ظلت لمدة سنة على الأقل من بدء الأعراض النشطة) الى :

- نوابية تتخللها أعراض متبقية (النوبات تعرف ببروز الاعراض الذهانية)
- نوابية مع بروز الأعراض السالبة .
- نوابية مع عدم تخللها بأعراض سالبة.
- مستمرة الأعراض الذهانية (هل مصاحبة بأعراض سالبة أم لا ؟)
- نوبة واحدة فى هدأة كاملة .
- أخرى أو غيرمحددة النمط.

- الأنواع الفرعية للفصام :

١- الفصام الاضطهادى (Paranoid type) يتميز بالمواصفات التالية :

أ- الإنشغال بواحد أو أكثر من الضلالات أو هلاوس سمعية شديدة .

ب- عدم بروز أى من : الخلط فى الكلام أو السلوك المختل أو السلوك الكتاتونى أو تبلد أو عدم مناسبة الوجدان.

٢- الفصام غير المنتظم (Disorganized type) : يتميز بالآتى :

أ- تبرز فيه الأعراض الاتية :

(١) الخلط فى الكلام.

(٢) خلل السلوك .

(٣) تبلد الوجدان أو عدم مناسبته.

ب- مواصفاته لاتتفق مع النوع الكتاتونى.

٣- النوع الكتاتونى (Catatonic type) يبرز فيه على الاقل اثنتان مما يلى

(١) الخلل الحركى فى صورة الجمدة (catalepsy) أو المرونة الشمعية أو الذهول الكتاتونى.

(٢) زيادة النشاط الحركى الذى يبدو غيرهادف ولا يتأثر بالمثيرات الخارجية .

(٣) السلبية الشديدة فى صورة المقاومة الشديدة لكل التعليمات أو المحافظة على وضع ثابت متصلب ضد محاولات تحريكه أو البكم.

(٤) غرابة الحركات الإرادية من خلال الوضع الذى يتخذه ، أو أسلوبية الحركات أو بروز حركات الوجه التكشيرية

(٥) محاكاة الكلام أو الحركة .

٤- النوع غير المتميز(Undifferentiated type) : وهو النوع الذى ينطبق عليه تشخيص الفصام ولكن لايتفق مع مواصفات أى من النوع الاضطهادى أو غير المنتظم أو الكتاتونى.

٥- النوع المتبقى (Residual type) : تكون نوبة واحدة على الاقل من الفصام ولكن الأعراض الراهنة دون أعراض ذهانية بارزة (مثل الضلالات أو الهلاوس أو الخلط فى الكلام او السلوك) مع برهان على استمرار الاضطراب بواسطة لأعراض السالبة . تبلد الوجدان فقر الافكار أو ضعف الارادة (أو اثنتان أو أكثر من الأعـراض الموجبه الضعيفه التأثير على المريض وليست بارزة . والنوع المتبقى قد يكون بين النوبات أو يستمر لسنوات عديدة مع نوبات أو

بدونها .

الفصـــام البســيط:(Simple Schizophrenia)

هذا الاضطراب محل جدل ، فهو قد يعطى المريض وصمة الفصام برغم أنه ليس به أعراض ذهانية بارزة (ضلالات أو هلاوس)، ومواصفاته يمكن تشخص على أنها اكتئاب جسيم أو ديسثيميا أو اضطراب بتأثير مادة أو اضطراب شخصية .

التشخيص الفارق للفصام :

عندما نكون بصدد تشخيص الفصام واستبعاد الاضطرابات الأخرى التى تسبب أعراضا مماثلة علينا أن نراعى ما يلى :

١- البحث جيدا عن سبب عضوى خاصة فى وجود أعراض غير معهودة فى حالات الفصام .

٢- فى كل إنتكاسه للمرض علينا أن نعيد التقويم وتشخيص المرض من جديد مع الأخذ فى الإعتبار إمكانية حدوث آفة عضوية أضيفت إلى الفصام الموجود أصلا خاصة اذا كان المريض قد سبق تحسنه لمدة طويلة ،أوتغيرت نوعية الاعراض (فلقد لوحظ أن عاهات عضوية تجد على مرضى الفصام المزمنيين، بسبب مايتعرضون له من تكرار سقوطهم أثناء سيرهم بتأثير المهدئات المعطاه لهم) .

٣-يجب الاهتمام بالسؤال عن وجود الأمراض العصبية والنفسية فى أسرة المريض

أما الإضطرابات التى يجب تمييزها كتشخيص فارق للفصام هى :

١- **الاضطراب المعرفى** : حيث يوجد أسباب عضوية ينشأ عنها أعراض تشبه الفصام (مثل تعاطى مادة كالأمفيتامين اوالصرع النفسى حركى أو آفة

فى الفص الجبهى لقشرة المخ اونقص فيتامين ب١٢ اوالتهاب المخ) ولقد سبق ما يميز هذه الاضطرابات .

٢- **إدعاء المريض بما يشبه اعراض الفصام** : يمكن إدعاء أعراض الفصام لأن التشخيص يعتمد على تقرير المريض والمرضى الذين يفعلون ذلك عادة لهم مكسب ثانوى.

٣- **الذاتوية الطفلية** : وهذا الاضطراب يشخص عندما تكون البداية بعد عمر ثلاثون شهرا وقبل اثنتى عشر عاما مع غياب كل من الضلالات والهلاوس وفقد روابط التفكير.

٤- **اضطراب الوجدان** : قد يصعب التمييز بين اضطراب الوجدان والفصام ولكنه هام لأن إضطراب الوجدان قابل للعلاج وصعوبة التمييز مرجعها أن اعراض اضطراب الوجدان (خاصة الاكتئاب) شائعة خلال كل مراحل الفصام ولكنها قصيرة المدة بالمقارنة بالأعراض الأساسية للفصام وقد يكون من الحكمة تأجيل التشخيص أو افتراض وجود إضطراب وجدانى لأن ذلك أفضل من التسرع وتشخيص فصام (يفشل مريض الفصام فى العودة إلى النمط الوظيفى الأساسى له بعد كل انتكاسه للمرض بخلاف اضطراب الوجدان) .

٥- **الفصام الوجدانى** : وذلك عند وجود اعراض هوس اواكتئاب مع اعراض الفصام الاساسية على الاقل لمدة اسبوعين مع غياب اعراض وجدانية بارزة فى بعض مراحل المرض.

٦- **الاضطراب فصامى الشكل والتفاعل الذهانى قصير المدى** : ويتميز اى منهما عن الاخر وعن الفصام بالمدة التى استمر فيها الاضطراب فالفصامى الشكل مدته تقل عن ستة شهور بنفس اعراض الفصام اماالتفاعل الذهانى قصير المدى بأعراض الفصام استمرت لاقل من شهر مع التعرض لظروف ضاغظة اوكرب .

٧- **الإضطراب الضلالى** : ويشخص فى حالة الضلالات شديدة الغرابة التى

إستمرت لمدة سته شهور فى غياب الأعراض الأخرى لكل من الفصام وإضطراب الوجدان .

٨- اضطراب الشخصية : الذى قد يشبه بعض ملامح الفصام ولكن ليس له بداية محددة مثل الفصام .

إنتشار الفصام

لوحظ أن معدل حدوث الفصام (وهوعدد الحالات الجديدة التى تشخص فصام فى سنة ما) هو حالة واحدة فى كل عشرة آلاف من عامة الناس بينما معدل الانتشار (عدد كل حالات الفصام التى شخصت خلال عام سواء كانت جديدة اوقديمة) يتراوح من(٢ر.٪) إلى (٢٪) من عامة الناس .. وحدوث الفصام فيما بين الخامسة عشرة والأربعين من العمر، مع زيادة معدل الحدوث فى أواخر العشرينيات من العمر، وانتشار الفصام فى الذكور مثل الإناث، ويكثر بين غير المتزوجين وآخر الاطفال ميلادا فى الأسرة، وينتشر بين كل الاجناس ويكثر انتشاره فى المدن الكبيرة المزدحمة، وبين الطبقات الاجتماعية الدنيا (الفقيرة)، ويزداد ظهور الفصام فى بداية الصيف وفى فصل الخريف .

ولوحظ أن انتشار الفصام يزداد بين الأقارب فيصل إلى عشرة أمثاله بين عامة الناس، فإذا كان أحد الوالدين مصابا بالفصام، فإن نسبة الإنتشار بين الأبناء تصل إلى(١٥- ٢٠٪)، أما إذا كان كلا من الوالدين مصابا فإن النسبة تصل إلى (٤٠٪) وفى حالة إصابة أحد الإخوة تكون نسبة الإنتشار بين بقية لإخوة (٧-١٠٪)، أما فى حالة التوائم فإن النسبة أعلى من ذلك كثيرا خاصة فى حالات التوائم المتماثلة .

وتشير إحصائيات المستشفيات العقلية إلى أن نسبة مرضى الفصام يمثلون (٥. - ٦. ٪)من المرضى الذين يتم إدخالهم إلى هذه المستشفيات .

أسباب الفصام

لقد حظيت دراسات أسباب الفصام بكم هائل من الدراسات، واعتادت الكتب التقليدية أن تفرد لهذا الجزء العديد من الصفحات ، رغم أن كل ما تم انجازه فى هذا المجال لا يعدو أن يكون مجرد نظريات فقط ، ولم يعرف حتى الآن السبب الحقيقى للفصام ، ولعل هناك من يتساءل ما الداعى لذكر هذه الأسباب إذا كانت مجرد نظريات فقط ؟ والجواب هو أن هذا التراث من البحث العلمى يعد خطوة فى طريق الوصول إلى المعرفة الحقيقية للأسباب ، ومهما كانت هذه الخطوات متناثرة وبعضها ابتعد عن الهدف إلا أن الكثير منها اقترب من الهدف خاصة الجوانب البيولوجية ، وإليها يرجع الفضل فيما تم انجازه من نجاح فى علاج بعض أنواع الفصام .. **وفيما يلى سوف نعرض موجزا لأهم هذه النظريات أو العوامل):**

١- العوامل الجينية :

من خلال الدراسات التى تناولت أسرة الفصامى لوحظ أن معدل الانتشار بين أفرادها أكثر منه بين عامة الناس ، ومن دراسات التوائم لوحظ أن الانتشار بين التوائم المتماثلة يصل إلى (٤٧٪) وبين غير المتماثلة (١٠-١٢٪)، وكشفت دراسات التبنى (للأطفال الذين أُخذوا من أبائهم الفصاميين وربوا فى أسرة غير فصامية) ان معدل الانتشار بينهم هونفسه كما لو روبوا مع أبائهم البيولوجيين كما أن متابعة التوائم المتماثلة الذين تم فصلهم عن بعض وتربيتهم فى أماكن متباعدة كشف عن نفس معدل الإنتشار كما لوتم تربيتهم مع .. وخلص من هذا إلى أهمية العامل الجينى فى حدوث مرض الفصام ، وكشفت فنيات البيولوجيا الجزيئية أنه متعدد الجينات(Polygenetic inheritance)،وأن أكثر من نصف الكروموسومات ترتبط بالفصام،ولكن أكثرها الذراع الطويل للكروموسومات ٥و١١و١٨والقصيرة لكروموسمى ١٩و X، ولكن عدم تطابق معدل الحدوث بين

التوائم المتماثلة يشير إلى أهمية العوامل غير الجينية أيضا .

٢- العوامل البيوكيميائية :

وتعد من أكثر العوامل المسببة للفصام حظا فى الدراسات التى تناولت أسباب الفصام وتقسم إلى :

(١) دور الناقلات العصبية. (٢) دور الانزيمات.

(٣) دور الإندورفين. (٤) دور البروستاجلاندين.

(٥) دور الجلوتين. (٦) دور المناعة .

(٧) دور الفيروسات. (٨) دور المهولسات والمواد شاذة المثيل

(٩) دور الجلوتامات.

وسوف نعرض لكل منها بايجاز ..

(١) دور الناقلات العصبية :

فلقد أشارت الدراسات إلى أن زيادة أو نقص ناقلات عصبية معينة أو تغيرها فى المستقبلات قبل المشبكية اوبعدها أو وجود داخلية مولدة للذهان **يعطى** أعراض الفصام.

أ) **زيادة نشاط الدوبامين :** وذلك إما لزيادة انتاجه ، اوتراكمه بسبب نقص الانزيم المؤكسد للأمينات الأحادية ، أو زيادة نشاط ثانوى لنقص مثبطات الحابا(GABA)، أولزيادة حساسية المتسقبلات بعد المشبكية ، أو زيادة تخلق مستقبلات دوبامينية .. وزيادة نشاط الدوبامين تكون بصفة خاصة فى ال (Mesolimbic) وال (Mesocortical)، وبرهن على ذلك أن مركبات الأمفيتامين التى تفرز الدوباميين يمكنها بالجرعات الكبيرة أن تسبب

أعراضا ذهانية لدى الأسوياء،كما أن مضادات الذهان التى تعد مثبطات لنشاط الدوبامين تقلل من الأعراض الذهانية.

ولكن ضد هذه النظرية : نقص نواتج تمثيل الدوبامين فى السائل النخاعى الشوكى لمرضى الفصام ، وإعطاء مولد الدوبامين لمرض الفصام يحسن الأعراض السالبة ، رغم انه يجعل الاعراض الموجبة أكثر سوءا ، كما أن اعطاء أبومورفين (apomorphine) الذى يعد ذومفعول مشابه للدوبامين عند المستقبلات ، بجرعات قليلة يحدث تحسنا فى الفصامين المزمنين .

ب) **زيادة نشاط النورأدرينالين :** يسبب حساسية تجاه المثيرات الداخله إلى المخ مما يجعلها تبدو كأعراض ذهانية .. ويرهن على ذلك أن بعض مرضى الذهان الحاد قد يتحسنون بتعاطى البربرانولول (Propranolol) الذى يعمل على قفل مستقبلات البيتاالأدرينالية كما لوحظ زيادة النورأدرينالين فى منطقة الدماغ الأوسط ، وزيادة مادة (٣-مثيوكسى ٤- هيدروكسى فينيل جليكول) كمخلف أساسى من نواتج تمثيل النورادرينالين خاصة فى مرضى الفصام البارانوى واستخلص من ذلك أن للنورأدرينالين دور ضمن مسببات الفصام.

ج) **نقص عصبونات الجابا**(GABA-neurons)، وهى أساسا مثبطة ، خاصة فى منطقة نواة (accumbens) مع زيادة الدوباميين فى نفس المنطقة ، كما لوحظ أن مضادات الذهان تزيد من نشاط الجابا ، وأن الديازيبام الذى يعد مفعول محبذ لنشاط الجابا له مفعول مضاد للذهان فى بعض مرضى الفصام ، ولكن بعض الباحثين اعتبر أن نقص الجابا ثانويا للدوبامين والنورأدرينالين .

د) **نقص السيروتونين :** حيث لوحظ أن مضادات الذهان تتحد بمستقبلات السيروتونين ويقل مولد السيروتونين (التريبتوفان) فى حالات الفصام الحادة ويزداد مع التحسن الإكلينيكى ، كما أن تعاطى الأمفيتامين لمدة

طويلة يسبب نقص السيروتونين وهذا يشير إلى أن نقص السيروتونين يلعب دورا في الفصام.

هـ) زيادة الفينيل إيثل أمين (Phenyl-ethylamine) : وهوليس ناقل عصبى حقيقى ولكنه يشبه الامفيتامين فى تركيبه ومفعوله ، حيث وجد زائدا فى البول والدمو السائل المخى الشوكى ، ولوحظ أعلى تركيز له فى الجهاز الطرفى الحشوى خاصة فى حالات الفصام البارانوى المزمن، ولكنه وجد زائدا أيضا فى مرض الهوس مما يشير إلى أنه يسبب قابلية داخلية للذهان أكثر من كونه عاملا محددا فى مرض الفصام .

(٢) دور الانزيمات : حيث لوحظ علاقة بين بعض الانزيمات والاعراض الذهانية نذكر منها :

(أ) الانزيم المؤكسد للأمينات الأحادية (MAO) : وهذا الانزيم يعد الطريق الأساسى لهدم الناقلات العصبية (خاصة النورأدرينالين والدوبامين والسيروتونين)، التى افترض أنها تعلب دورا فى أحداث الذهان حيث أن نقص نشاط هذا الانزيم يسبب زيادة الناقلات العصبية ،سواء كانت بزيادة نسبتهاأاو زيادة فاعليتها ، ولما كان نشاط الانزيم (MAO) فى الصفائح الدموية نموذج لنشاطه فى المخ ، فإن نقصه فى الصفائح الدموية فى مرضى الفصام بالمقارنه بالمجموعة الضابطة ،إعتبر دليلا على ارتباطه بمرض الفصام كما أنه لوحظ إرتباط بين انخفاض نشاط الانزيم فى الصفائح الدموية والهلاوس السمعية والضلالات والفصام الاضطهادى بصفة خاصة ، ولكنه لوحظ فى أمراض عقلية أخرى منها الاضطراب ثنائى القطبية والكحولية .

ب) انزيم الدوبامين بيتاهيدروكسيلاز : وهو إنزيم يساعد فى تحول الدوبامين إلى نورأدرينالين فى الخلايا النورادرينالية ، والعوامل التى تثبطه تسبب تراكما للدوبامين الذى يزيد من الذهان فى مرض الفصام

والهوس.

ج) **انزيم الكاتيكول- او- ميثيل ترانزفراز**(Catchol-O-methyl transfe-rase) : وله دور هام فى تمثيل الكاتيكولامينات ، واتهم بتورطه فى انتاج مواد شاذة المثيل ، ولكن لا توجد أدله ثابته تؤكد زيادة هذا الانزيم اونقصه فى مرض الفصام ، وافترض البعض أن نقص هذا الانزيم ينشأ عنه مواد تشبه الهارمين المحدثة للهلاوس بدلا من الميلاتونين ومن ثم تزيد الخلايا الصبغية فى الجلد .

د) **انزيم الكرياتين فوسفوكنياز**(Creatine phosphokinase) : الذى وجد زائدا بدلاله إحصائية لدى مرضى الفصام ومرضى الذهان الوجدانى المتوفين حديثا بالمستشفيات ، كما لوحظ شذوذات تشريحية وفسيولوجية فى نهايات الأعصاب الحركية للعضلات الإرادية فى بعض مرضى الذهان ، وقد يكون هذا ناتجا عن شذوذ الناقلات العصبية المركزية اوعدوى فيروسية

(٣) **دور الاندورفين** (Endorphins) : وهى مجموعة من البيبتيدات التى تشبه الأفيون وتوجد طبيعيا فى المخ ، حيث تم التعرف فى بعض الدراسات على نوع الاندروفينات (جاما) لها نشاط يشبه مضادات الذهان ، علاج بعض مرضى الفصام بها أعطى بعض التحسن ، ومن المحتمل أن يكون لمستقبلات الأفيون دور فى تنظيم وتخليق وإفراز الدوبامين والسيروتونين ، إلا أن الأدلة على دور الاندورفينات فى مرضى الفصام مازالت غير كافية .

(٤) **دور البروستاجلاندين** : وهى مجموعات الاحماض الدهنية الضرورية ، ومن بينها بروستاجلاندين(E) الذى يقلل افراز الكاتيكولامين، لوحظ أن مضادات الذهان تثبط افراز البروستاجلاندين ، بينما تزيد الكاتيكولامينات من افراز البروستجلاندين ، ولكن مضادات البروستاجلاندين ليس لها تأثير على أعراض الفصام ، كما لوحظ أن البروستاجلاندين -Eيثبط فى حالة نقص الاحماض الدهنية الضرورية خاصة حمض اللينوليك ، وأن تحسنا فى بعض

مرضى الاضطراب فصامى الشكل نتج من العلاج بزيت بذور الكتان ، التى يزيد فيها أحماض اللينوليك واللينولينك.

(٥) دور الجلوتين : وهومادة بروتينية فى دقيق القمح اعتبرت عاملا مسببا فى مرضى الفصام حيث لوحظ أن حدوث الفصام قد ازداد باستهلاك القمح فى الحرب العالمية الثانية ، وزيادة معدل حدوث مرض السلياك (Celiac) بين مرضى الفصام كما لوحظ زيادة معدل حدوث الذهان فى مرضى السلياك .. وحدث تحسن فى مرضى الفصام الذين تم تغذيتهم بغذاء خالى من الجلوتين واللبن فى دراسة منطبطة منهجيا ولكن الدراسات الأخرى لم تؤكد ذلك .

(٦) دور المناعة : فلقد اقترح أن الفصام يعد أحد امراض المناعة الذاتية (autoimmune) تنشأ عن وجود أجسام مضادة فى دم الفصاميين ،وكأن المستضد (antigen) هوأنسجة المخ ، وينتج عن ذلك نفاذية الجدار الخلوى اوتحطيم الخلية أو وجود مستعمرات من الخلايا اللمفية الشديدة الحساسية ، فلقد لوحظ أن معدل الأجسام المضادة للدماغ بين الأسوياء(٥ر٢٪) بينما يصل إلى (٦ر٢٠٪) بين أقارب الفصاميين من الدرجة الأولى .

(٧) دور الفيروسات : حيث افترض البعض أن مرض الفصام ينشأ عن عدوى فيروسية بطيئة المفعول فى أشخاص مهيئين جينيا ، وبرهن على ذلك بوجود أجسام مضادة للفيروس وجدت فى الدماغ والسائل الشوكى المخى لبعض مرضى الفصام ، كما أن التهاب المخ بفيروس الهربس (Herpes Simplex) يسبب لزمة مرضية تشبه الفصام .

(٨) دور المهلوسات والمواد شاذة الميثيل : لوحظ أن المسكالين الذى هومادة محدثة للهلاوس يشبه فى تركيبه شكلا مثيليا من النورادرينالين ، وهذا أدى إلى اقتراح أن مواد شاذة الميثيل تنتج داخليا ، وتعد مواد مهلوسة ، كما أن إعطاء مادة مطلقة لمجموعة الميثيل مثل المثيونين إو البيتان (betaine) يسبب تفاقم أعراض الفصام ، إلا أن تتبع هذه المركبات لم يؤكد الاختلاف فى كمية

هذه المركبات المثيلية بين الفصاميين والاسوياء .

(٩) **دور الجلوتامات** (Glutamate) : كحمض أميني وناقل عصبي منشط، قررت بعض الدراسات أن له دورا في الأسس البيولوجية للفصام .

٤- **العوامل النيوروفسيولوجية** : لقد أوحى التشابه في الاعراض بين بعض آفات الدماغ البؤرية والفصام إلى إفتراض أن الفصام آفة بالدماغ وتأكد هذا بوجود شذوذات في تخطيط الدماغ لدى مرضى الفصام أكثر منها لدى عامة الناس ، وكشف تحليل موجات تخطيط الدماغ الكهربي باستخدام الكومبيوتر عن زيادة في موجات دلتا البطيئة وموجات بيتا السريعة مع نقص في موجات الألفا، ولوحظ أن هذا التغير يشبه ما يحدث للبالغين عند تعاطيهم عقار ال (ال - اس - دى) المحدث للهلاوس كما لوحظ أن هذا النمط من زيادة موجات البيتا ونقص موجات الألفا يحدث في المجموعة الضابطة من الأسوياء عند الإثارة الحسية اوتنفيذ مهام عقلية ، وهذا يشير إلى أن الفصاميين يكونون في حالة مزمنة من إزدياد اليقظة ، التي قد تعني نقص ترشيح وتكامل المداخل الحسية .

أما طريقة رسم خريطة لنشاط المخ الكهربائي (Brain mapping) التي تظهر خرائط ملونة من تخطيط الدماغ مع بيانات الجهد الكهربي المستثار (Evoked potential) فكشفت عن زيادة على الجانبين من نشاط دلتا خاصة في المناطق الجبهية ، وزيادة نشاط بينا خاصة في المنطقة الصدغية الجدارية اليسرى في مرضى الفصام بالمقارنة بالمجموعة الضابطة من الأسوياء.

ولقد لوحظ أن مرضى الفصام الذين توجد لديهم من الموجات السريعة (البيتا) يستجيبون أفضل لمضادات الذهان من أولئك الذين تزداد الموجات البطيئة (دلتا) في تخطيط الدماغ لهم.

ونظرا لإرتباط الجهاز الطرفي بالانفعالات إفترض أنه يتأثر في الفصام، كما وجدت مشاهدات الفحص بعد الوفاة لمرضى الفصام نقص في حجم اللوزه

والحصين والبروز المتاخم له (amygdala, hippocampus, parahippocampal gyrus) وتأيدت هذه المشاهدات بالرنين المغناطيسى للفصاميين الأحياء.

واحتمال تأثر النوى القاعدية لفت الانتباه فى الفصاميين لسببين :

١- لغرابة حركاتهم دون تأثير دوائى ، وكذلك مشيتهم الغريبة وحركات الوجه وأسلوبية الحركة .

٢- بعض امراض النوى القاعدية (مثل هنتجتون) تضطرب فيه الحركة وفيه الذهان .كما أن النوى القاعدية ترتبط بالفص الأمامى من قشرة المخ ، وبعض الدراسات كشفت عن نقص فى حجمها خاصة (globus palludus&substania nigra) وزيادة عدد مستقبلات D2 فى (Caudate & Putamen)، ولكن لم يعرف هل زيادة تلك المستقبلات ثانويا لمضادات الذهان أم لا؟ ..وحاليا تتم دراسة السيروتوتين فى النوى القاعدية لدوره فى مضادات الذهان غير النمطية والمفيدة فى اعراض الذهان مثل (Clozapine, resperidone)

٤- **العوامل النيوروباثولوجية :** كشفت الدراسات (بحقن الهواء فى الدماغ اوبتصوير الدماغ المقطعى باستخدام الكومبيوتر-CAT) عن ضمور فى الدماغ يؤدى إلى اتساع بطيناته ، خاصة البطين الثالث ، ولوحظ أن هناك ارتباط بين اتساع البطينات والاعراض المزمنة لمرضى الفصام والتى لا تتحسن بالعلاج ، وأن بطينات الدماغ تكون طبيعية فى الحالات الحادة من الفصام وهى التى تتحسن بالعلاج . . ولوحظ عديد من الشذوذات العصبية الطفيفة غير محددة الموضع فى (٦٠-٧٠٪) من مرضى الفصام، ينتج عنها علامات عصبية دقيقة (مثل قصور فى التعرف اللمسى والتحكم الحركى والاتزان والمشية أوالرعشة) ، ووجدت علاقة بين هذه العلامات واضطراب التفكير .

ومن بين الملاحظات النيوروباثولوجية إتساع أخاديد قشرة المخ الذى يوحى بضمور القشرة المخية ، الذى لوحظ فى بعض مرضى صغارالسن ومبكرا فى مسار المرض ، مما يؤكد أنه ليس ثانويا للعقاقير التى أعطيت ،ووجدت علاقة

موجبة بين كل من اتساع البطينات وضمور قشرة المخ وبين العلامات العصبية الدقيقة وضعف الشخصية قبل المرض والاعراض الفصامية السالبة ، واستجابة هؤلاء المرضى لمضادات الذهان ضئيلة جدا ومصيرهم عدم التحسن .

ولا حظت الدراسات المجهرية زيادة التليف (gliosis) فى منطقتى الدماغ الاوسط وتحت المهاد فى نسبة تصل إلى (٧٠٪) من الفصاميين المزمنين الذين تبرز فى صورتهم الاكينيكية الاعراض السالبة ، (عادة ما يتم التليف كاستجابة لتلف عصبونى) ويحدث بكثرة فى المناطق القاعدية الجبهية من الدماغ ، وهى متفقة مع ملاحظة اتساع البطينات فى نسبة معينة من مرضى الفصام وهذا التلف العصبونى يؤكد القول بأن الفصام ناتج عن عدوى فيروسية فى بعض أنواعه.

وهذه المشاهدات تؤكد مفهوم أن الفصام فى بعض أنواعه يعد مرضا فى الدماغ خاصة التى لها اعراض سالبة واستجابة ضئيلة للعلاج ومصيره عدم التحسن.

٥- العوامل النفسية :ويمكن أن نلخصها فيما يلى :

(١) **نقص ترشيح المثيرات الحسية** : يصف بعض الفصاميين خبرة ذاتية من تغير الادراك ، حيث يواجهون بفيض من المثيرات فى الحالات الحادة تسبب تشتتهم ،ويفسر الانسحاب والتصلب الكتاتونى على أنه محاولات لتقليل فيض المثيرات ، كما تفسر الضلالات على أنها إعادة لتنظيم هذه المثيرات المضللة التى لا يمكن فهمها على ضوء العلاقة بالواقع ، ومن ثم استنتج أنه لدى الفصامين نقص فى ترشيح المثيرات الحسية أو اختلال وظيفة المداخل الحسية ، مما يسبب حملا زائدا من المثيرات ينشأ عنه زيادة اليقظة .

(٢) **الصراع (Conflict)** حيث أكد (فرويد) و(فينخل) على أن الذهان يشبه العصاب فى وجود الصراع اللاشعورى ولكن فيه إنهيار الدفعات فى مواجهه النزعات ، وينكص الفصامى إلى مراحل مبكرة من النموالنفسى .

(٣)ضعف الأنا(Ego) الذى قد يكون فطريا أو مكتسبا نتيجة لنقص الأمومة وينشأ عنه نقص التمييز بين النفس والموضوع ونقص تناغم الوظائف النفسية وتكاملها وبدائية الدفاعات والصراع المتولد حول العدوان مما يؤدى إلى نقص المقاومة لكل أنواع الضغوط وفقد العلاقة بالواقع .

(٤) إضطراب العلاقة بالاخرين التى تعود إلى مراحل نموالطفل الاولى : حيث انعدام الثقة فى الآخرين و الحساسية الشديدة تجاه عدم قبوله منهم ، الأمر الذى يجعله هشا يميل للإنسحاب والذاتوية كحيل للمحافظة على أمانه الداخلى واعتباره لذاته وتجنبه القلق ، وهذا يفصله عن الواقع أكثر ويزيد من رفض الآخرين له ، فيزداد احباطه أكثر ويتهدد اعتباره لذاته أكثر .

(٥) اختلال العلاقة الباكرة بالموضوع : حيث اعتبرت (ميلانى كلاين)أن الشهور الأولى من حياة الطفل وما ينشأ خلالها من مشاعر موجبة اوسالبة تجاه النفس والآخرين، هى أساس الموقف البارانوى الفصامى وتكوين دفاعات مرضية تظل إلى الحياة البالغة .. بينما ركز (فيربيرن) على انشقاقات الأنا التى تتداخل مع وظائفه التكيفية وتكامله وإختباره للواقع، وهذه مع العلاقات غير الناضجة للموضوع تمنع الانتقال من الاعتمادية الفمية إلى الاعتمادية الناضجة المبنية على التمييز بين النفس والآخر..أكد (وينكوت)أن تكامل الأنا المنفصل يتبلور فى إحساس ثابت بالنفس ، وأن الأم الطيبة تنمى نفسا حقيقية بينما تنمى الأم غير الطيبة تنمى نفسا زائفة تتحطم فى الذهان .

٦- **العوامل البيئية :** وتركزت على التفاعل الأسرى وعلاقة الوالدين بالطفل كما يلى :

(١) الرابطة المزدوجة فى التعامل مع الأطفال : بأن يصدر أحد الوالدين أمرا للطفل ويقصد عكسه ، فيصل الأمران معا (افعل ولا تفعل) إلى إدراك

الطفل فيربكه خاصة اذا عوقب على أى منها (الفعل اوعدم الفعل) وهذا يعكس عدم وضوح التفكير المنقول إليه من العالم الخارجى ، وهذه النظرية وضعها (باترسون)عام ١٩٥٦ .

(٢) **سيطرة أحد الوالدين وانعزال الآخر وضعفه** : وهذا هومفهوم(Skew)، مع الطلاق العاطفى بين الوالدين ، وهذا هو مفهوم(Schism)، الأمر الذى ينشأ عنه تشوه فى هوية الأطفال مما يهيئهم لمرض الفصام ، وهذه نظرية (ليدز) عام ١٩٦٥

(٣) **التفكير المختل فى عائلات الفصاميين** : مع التهيئة الوراثية يلعبان معا دورا مشتركا فى إحداث الفصام ، حيث لوحظ أن إضطراب التفكير فى (٤٥٪) من آباء الفصاميين بالمقارنة بنسبة (١٩٪) فى آباء غير الفصاميين ويشبه هذا بوضع برامج خاطئة (مختلة) فى كومبيوتر هوأصلا معيب ، وهذه نظرية (واين وسنجر).

(٤) **التعرض لكرب (Stress)** : فإدراك الشخص لموقف الكرب واستشعاره الخطر المصاحب بافراز وفرة من الادرينالين يحدث خطئا بيوكيميائيا ينتج مواد سامة مولدة للذهان ، وهذا يزيد من الشعور بالكرب وما يتبعه من استشعار الخطر فزيادة الخطأ البيوكيميائى ، ويظل الفصامى فى دائرة مفرغة من الكرب والمرض .

علاج الفصام

نظرا لأن مرض الفصام يعد فى نسبة كبيرة منه مرضا مزمنا حيث يمثل (٥٠ - ٧٠٪) من المرضى الذين تطول إقامتهم بالمستشفيات العقلية ، وغالبا لا يعود الشخص إلى سابق عهده من الإنجاز والأداء الوظيفى ، فإن هذا يجعل مبدأ ((الوقاية خير من العلاج)) هاما للغاية ، بالإضافة إلى علاج الحالات المرضية ما أمكن ذلك .. **وسوف نفصل ذلك فيما يلى :**

أولا العلاج الوقائى : وذلك بتقليل زواج الفصامى ما أمكن ، وإذا تزوج فلا يكون من فصامية ، وألا ينجب أكثر من طفل واحد ، لأن التهيئة الوراثية للمرض تنتقل إلى الأبناء بنسبة (١٥-٤٠٪) كما ينصح بعدم الزواج من أقاربه

ثانيا العلاج للحالات المرضية : إن الاختلال الذى يصيب العديد من الوظائف النفسية فى مرض الفصام يتطلب عدة مداخل علاجية تساهم معا فى الأخذ بيد المريض إلى الشفاء أو التحسن ، وهذاه المداخل هى :

١- العلاج الكيميائى :

ويشمل العلاج بمضادات الذهان (Antipsychotics) وغيبوبة الإنسولين (Insulin Coma)

(١) مضـادات الذهـان (اومضـادات الفصـام): وهى مجموعة المطمئنات العظمى والتى سيرد تفصيلها فى باب العلاج .

وهناك مضادات الذهان غير النمطية : مثل رسبريدون (Resperidone) الذى يعمل كمضاد لنشاط السيروتونين والدوبامين معا ويخفف الاعراض السالبة والموجبة، حيث لوحظ أيضا أن إعطاء مضادات الذهان غير النمطية والتى لها تأثير ملحوظ على نشاط السيروتونين، حيث أنها تضاد مفعوله عند مستقبلاته وتقلل الاعراض الذهانية مثل، (clozapine resperidone, ritanserin) فلقد أشارت بعض الدراسات الى أنه كما يتورط السيروتونين فى إضطرابات الوجدان فى إحداث السلوك الانتحارى والاندفاعى ، فإنه أيضا متورط فى الفصام حيث تلاحظ نفس السلوكيات .

(٢) مضـادات التشنـج : حيث لوحظ أنها تقلل من نوبات العنف فى بعض مرضى الفصام ولكنها لا تعالج الأعراض الذهانية .

(٣) غيبوبـة الإنسـولين : حيث تعطى حقنة الإنسولين بالعضل صباحا

، وتزداد الجرعة حتى تحدث الغيبوبة ، ثم تقطع الغيبوبة بإعطاء جلوكوز خلال أنبوبة إلى المعدة بعد نصف ساعة ، وإذا لم يفيق يعطى (٤٠-٨٠ سم٣) جلوكوز بتركيز (٣٣٪) حقنا بالوريد وعندما يفيق يعطى وجبة إفطار خفيفة، ويكرر هذا خمسة مرات أسبوعيا ولقد توقف إستخدام هذه الطريقة من العلاج فى أغلب الدول بسبب التقدم الذى تحقق فى مضادات الذهان ومضاعفات هذه الطريقة ، وهى (إستمرار الغيبوبة والموت، اوتلف الدماغ ، أو حدوث تشنجات أثناء الغيبوبة .

(٤) **العلاج الكهربائى المحدث للتشنجات** : ويستخدم فى بداية الفصام اوفى الحالات الحادة اوالمصاحبة بأعراض تصلبية (كتاتونية)أو المريض الخامل المتبلد اوحالات الفصام المصاحبة بأعراض اضطراب وجدانى وأحيانا يكون مبرر إعطائه هو تقليل جرعة مضادات الذهان اللازمة للسيطرة على الأعراض الذهانية .. وسوف يرد تفصيله ايضا فى باب العلاج .

٣- العلاج النفسى :

(١) **العلاج الفردى** : ويهدف إلى تدعيم المريض من خلال العلاقة العلاجية التى قد يصعب تكوينها بسبب شك المريض وقلقه وعدم راحته للألفة الحمية وخوفه من نزعاته التدميرية، ولكى يتغلب المعالج على ذلك يجب أن يكون نشطا مهتما وصادقا ومتعاطفا .. والفهم الدينامى يكون أن يقلل من قلق المريض وجعله يتخلص من ضلالاته وتشجيعه على التعامل مع الحياة الواقعية من حوله .. ويمكن أن يعمل المعالج كأنامساعد (Auxiliary Ego) للمريض، بهدف مساعدة المريض التعرف والتعامل مع الحياة الواقعية والمشاكل اليومية .

ونادرا ما يمكن عمل علاج نفسى عميق فى حالات الفصام لانه يستلزم مريضا مناسبا، حيث يعتمد على قوة الأنا لدى المريض إلى الحد الذى يمكنه من تحمل إنفعالاته العنيفة والتحكم فى نزعاته، والتمييز بين نواحى الطرح فى العلاقة العلاجية فمن خلال الفهم التدريجى لأعراضه الذهانية ومعناها ومواجهه مخاوفه وصراعاته تجاه الجنس والعدوان، وتحمل صراعاته الداخلية والخارجية دون نكوص لدفاعات ذهانية، يحقق إحساسا ثابتا بالنفس وقدرة على التآلف والتوافق النفسى بحل الصراعات النفسية (أو قبولها) وتقبل العالم والتكيف معه .

وتعد العلاقة العلاجية النفسية هى المدخل لكل الطرق العلاجية المختلفة سواء كانت جسمانية اواجتماعية اونفسية .

(٢) **العلاج النفسى الجماعى** : ويتم بوضع المريض ضمن مجموعة من المرضى فى وجود المعالج ومساعده حيث تنمى المهارات الإجتماعية والتفاعل مع الآخرين، مع إعطاء التدعيم والمساندة من المجموعة للمريض وقد يأخذ صورة ممارسة أنشطة جماعية .

(٣) **الجوالعلاجى** : يوضع المريض فى جو وعلاجى معد مسبقا بواسطة فريق العلاج الذى يستطيع من خلال المشاركة المبدئية مساعة المريض على ضبط نزعاته وإختبار الواقع وتقليل القلق والإثارة البيئية، مع مساعدته فى العناية بنظافة ورعاية نفسه، كما يشجع الفريق العلاجى المريض على الاندماج فى المجموعة والتفاعل مع المرضى الآخرين، مع السماح ببعض الخصوصيات للمريض .

٤-العلاج الاجتماعى :

ويشمل جانبى الأسرة والعمل .

(١) **علاج الأسرة** : بشرح حالة المريض للأسرة ومساعدتهم على تقبل مشاكله ، وقد يلزم إجراء بعض التغيير فى سلوكيات الأسرة وتقليل

الانتكاس لحالة المريض ، حيث لوحظ أن العداء وكثرة الإنتقاد الموجهه للمريض، أو الانغماس معه فى أعراضه الذهانية ، يزيد من معدل إنتكاس مرضى الفصام ، وهذه المؤشرات الثلاثة (العداء والإنتقاد والإنغماس) تصف الجو الانفعالى فى الاسرة والذى كلما إزداد كان سببا لإنتكاس المريض .

(٢) **العلاج المهنى** : وذلك يجعل المريض يستمر فى عمله ما أمكن ، أو إيجاد عمل مناسب له إذا لم يعد قادرا على أداء وظيفته السابقة ، وقد يتم ذلك داخل المستشفى بعد تحسنه كعلاج بالعمل ، ولكن يفضل إخراجه والحاقه بعمل مناسب.

مكان العلاج :

أما مكان العلاج فهل يتم داخل المستشفى اوخارجه ؟ وما هى دواعى إدخال المريض الفصامى لمستشفى أمراض عقلية ؟ .. نلاحظ أن أسرة المريض خاصة فى المجتمع المترابط هى الأكثر حرصا عليه ورعايته وحسب توجيهات الطبيب المعالج، ولذا يفضل علاج المريض مع أسرته، لربطه بالواقع وعدم عزله عن حياته العادية ، وخاصة اذا كان جو الأسرة الانفعالى مناسبا وضغوطها النفسية ضئيلة . **ولكن هناك دواعى لادخال المريض المستشفى وهى :**

١- لملاحظة المريض وتشخيصه وإجراء الإستقصاءات النفسية والإجتماعية والجسمانية اللازمة .

٢- حماية المريض أو المحيطين به من نزعاته العدوانية التى لا يمكن ضبطها خارج المستشفى.

٣- إبعاده عن الضغوط الأسرية أو البيئية التى قد تساهم فى تدهور حالته .

٤- رفض المريض العلاج وعدم إستطاعه الأهل تنفيذ البرنامج العلاجى .

إستمرارية العلاج :

فى حالة تحسن مريض الفصام تقلل الجرعة إلى النصف أو الثلثين من الجرعة المعاطاه فى المرحلة النشطة ، ويراعى أن يستمر علاج الفصام لمدة عام من تحسن المريض وخروجه من المستشفى، مع متابعته وتقويمه فى نهاية هذه المدة وتقليل الجرعة أو إيقاف العقاقير، ويفضل أن يتم ذلك بمضادات الذهان طويلة المفعول التى تعطى حقنا بالعضل .



الإضطراب فصامى الشكل

Schizophreniform Disorder

يشبه هذا الاضطراب مرض الفصام من حيث المواصفات ولكنه يختلف عنه فى المدة، حيث أن مراحل المرض الثلاثة (المنذرة والنشطة والمتبقية) لا تصل الى ستة شهور، وتميز هذا الاضطراب عن الفصام منذ عام (١٩٣٩) بواسطة (جابريل لانجفيلد) (Gabriel Lang Feldt) الذى لاحظ أن المريض قبل المرض كان تاريخه حسن.

الصورة الاكلينيكية:

تشبه صورة الاضطراب الفصامى الشكل مرض الفصام تماما والاختلاف يكون فى مدة الاضطراب التى تقل عن ستة شهور ويتم شفاء الشخص وعودته الى سابق أدائه الوظيفى والاجتماعى .. ولذا فإن أى مريض تنطبق عليه مواصفات الفصام ولم يكمل مدة ستة شهور يشخص مبدئيا على أنه اضطراب فصامى الشكل وحين يكمل فترة الشهور الستة يغير التشخيص الى فصام.

ويحمل تنبؤاً حسنا للمآل أو لايحمل وذلك من خلال السمات الآتية:

(١) بداية بارزة من الاعراض الذهانية خلال ٤ أسابيع من التغير الملحوظ فى السلوك أو الوظيفة.

(٢) تقيم أو ارتباك عند حدة النوبة الذهانية.

(٣) الأداء الوظيفى والاجتماعى الحسن قبل المرض.

(٤) غياب تبلد الوجدان.

المسار والإعاقة :

عادة تكون بداية الاضطراب فصامى الشكل حادة وتسبب الأعراض الذهانية للشخص خللا فى الأداء الوظيفى والاجتماعى خلال فترة تواجدها التى لا تزيد عن ستة اشهر، ويعود الشخص الى سابق أدائه الوظيفى والاجتماعى لأن مآل هذا الاضطراب هو التحسن دائما، وهناك خطورة على المريض من الانتحار خلال فترات اشتداد أعراض أو فترات الاكتئاب التى تتبع الأعراض الذهانية .

الإنتشار :

لا توجد أرقام تشير إلى مدى انتشار هذا الإضطراب بدقة، ولكن يعتقد الباحثون أنه يقل فى إنتشاره عن مرض الفصام بكثير، وهو أكثر إنتشارا فى المراهقة وبداية الرشد .

التشخيص الفارق :

١- **الفصام:** حيث أن مواصفات كل من الفصام والاضطراب فصامى الشكل لا تختلف إلا من حيث مدة المرض، بالإضافة إلى أن الاضطراب فصامى الشكل يتميز بالارتباك الإنفعالى والخوف والتغيم ووجود الهلاوس البصرية .

٢- **الاضطراب الذهانى محدود المدة:** ويميز بينهما بالمدة (فأحدهما يقل عن شهر وهوالتفاعل الذهانى المحدود والآخر لا يزيد عن ستة شهور وهوالاضطراب فصامى الشكل)، كما أن الاضطراب الذهانى المحدود عادة لا يمثل بكل الاعراض الذهانية المميزة للمرحلة النشطة من الفصام .

الأسباب :

سبب الاضطراب الفصامى الشكل غير معروف وتشير الدراسات القليلة

المتاحة الى أن هؤلاء المرضى مجموعة غير متجانسة فبعضهم يشبهون مرضى الفصام بينما البعض الآخر يشبهون مرضى اضطراب الوجدان .

وبداية المرض مفاجئة وتحت تأثير ظروف ضاغطة وأن مآل المرض هو التحسن .. والدراسات الحديثة فى مجال الجينيات والأسرة متضاربة فبعضها يشير أن الاضطراب فصامى الشكل منفصل عن الفصام وبعضها الآخر يشير إلى أن الإثنان مرتبطان .

العلاج :

قد يلزم إدخال المريض مستشفى لاتمام العملية التشخيصية أو لتنفيذ العلاج اولحماية المريض من نفسه .. وتعطى مضادات الذهان التى يتم سحبها تدريجيا بعد التحسن (الذى يحدث خلال ستة شهور)، وقد يلزم إعطاء صدمات كهربائية محدثة للتشنجات للمرضى الذين يظهرون أعراضاً كتاتونية بارزة .. والعلاج النفسى لهؤلاء المرضى فى غاية الأهمية لمساعدتهم فى التوافق النفسى والاجتماعى بعد خبرة الذهان.

اضطراب الفصام الوجدانى
Schizoaffective Disorder

يشخص بهذا الاضطراب المرضى الذين يجمعون بين ملامح كل من الفصام واضطراب الوجدان حيث وصفة (كيربى) (Kirby) (١٩١٣) و(هوخ) (١٩٢١) (Hoch) وصنفاه ضمن ذهان الهوس والاكتئاب حسب تصنيف (كريبلين) ملاحظتهم أن هؤلاء المرضى لا يتدهورون كما يحدث فى مرضى الخرف المبكر، وفى عام (١٩٣٣) وصف (كسانين) (Kasanin) مجموعة من المرضى بأعراض كل من الفصام واضطراب الوجدان التى ترسبت تحت تأثير ظروف ضاغطة، وكانت

بدايتها حادة مع تاريخ عائلى من اضطراب الوجدان فى بعض الحالات، وتم شفاء هذه الأعراض وشخصهم كنوع فرعى من الفصام، ومنذ ذلك الحين تشخص هذه الحالات على أنها فصام وجدانى اوفصام غير نمطى اوفصام ذومصير حسن اوفصام متراجع اوذهان دورى، وهذه التسميات كلها أكدت علاقة هذا الاضطراب بالفصام أساسا؛ ولكن فى عام (١٩٧٠) لوحظ أن أملاح الليثيوم تظهر تحسنا ملحوظا لهذه الحالات، مما دفع بهذا الاضطراب خطوات فى إتجاه الاضطرابات الوجدانية.

الصورة الاكلينيكية :

يمثل اضطراب الفصام الوجدانى بأعراض كل من الفصام وإضطراب الوجدان دون سبب عضوى ترجع اليه هذه الأعراض ،وهناك حالات يكون الشق الوجدانى فيها ثنائى القطبية وهى أكثر انتماءً لاضطراب الوجدان من الحالات التى يكون فيها الشق الوجدانى إكتئابى .

الانتشار :

لوحظ أن تشخيص الفصام الوجدانى يكثر عندما يكون الأخصائى غير متأكد من التشخيص ولكن انتشاره يقل عن الفصام ويستوى فيه الذكور والإناث

المسار والمال :

عادة يبدأ هذا الاضطراب فى بداية الرشد ويميل فى مساره لأن يكون مزمنا ولكن مآله أفضل من الفصام وأقل من اضطراب الوجدان .

التشخيص الفارق :

١-**إ ضطراب معرفى** : حيث يمثل كل منهما بأعراض ذهانية مفرطة الغرابة واضطراب وجدان بارز، ولكن فى الفصام الوجدانى ليس هناك مرض جسمانى

اوتأثير مادة بدا الاضطراب اوحافظ على استمراره .

٢- **الفصام** : حيث يتشابهان فى الشق الفصامى ولكن الاختلاف يكون فى وجود الشق الوجدانى فى الفصام الوجدانى .

٣- **اضطراب الوجدان المصاحب بأعراض ذهانية** : ولكنه يتميز بعدم وجود فترة أسبوعين على الأقل فيهما ضلالات اوهلاوس بارزة دون اعراض اضطراب وجدان بارزة .

٤- **الاضطراب الضلالى** : يتيمز بأن الاعراض الذهانية محدودة وغير مفرطة فى الغرابة.

السبب يعتبر سبب اضطراب الفصام الوجدانى غير معروف ولكن توجد خمسة إحتمالات :

١- أن الفصام الوجدانى أحد أنواع الفصام.

٢- أن الفصام الوجدانى أحد انواع اضطراب الوجدان.

٣- مرضى هذا الاضطراب لديهم كل من الفصام واضطراب الوجدان.

٤- قد يمثل مرضا عقليا منفصلا عن الفصام واضطراب الوجدان.

٥- اعتبار هؤلاء المرضى مجموعة غير متجانسة بعضهم لديه فصام والبعض الآخر اضطراب وجدان .

والدراسات التى صممت لدراسة هذه الاحتمالات الخمس ركزت على التاريخ العائلى والمؤشرات البيولوجية والاستجابة للعلاج والمآل على المدى البعيد .. ويلاحظ أن أكثر الاستنتاجات قبولا من هذه الدراسات هو إعتبار أن هؤلاء المرضى المصابيين بالفصام الوجدانى مجموعة غير متجانسة ، بعضهم لديهم فصام مع اعراض اضطراب وجدان بارزة والآخرون لديهم إضطراب وجدان مع أعراض فصام بارزة .

العلاج :

قد يلزم إدخال المريض مستشفى مع إعطائه علاجا كيميائيا (مضادات الاكتئاب ومضادات الهوس) مع العلاج النفسى والاجتماعى .

الاضطراب الضلالى

Delusional Disorder

وهو إضطراب تسود فيه الضلالات أو الضلالات المنتظمة دون سبب جسمانى، وتغيب فيه أعراض الاضطراب الوجدانى والفصامى ، وليس هناك اعراض أخرى يجدر ذكرها، غير أن الوجدان يكون مناسبا لمحتوى الضلالات وتظل شخصية المريض متماسكه الى حد كبير واختبار الواقع سليم نسبيا .

اطلق (اسكيرول)(Esqurol) عام (١٨٣٨) على هذا المرض الهوسى أحادى العرض وفى عام(١٨٦٣)إطلق عليه (كالبوم)(Kahlbaum) إسم (بارانويا)(Paranoia))، وفى عام (١٩٢١)وصفه (كريبلين)على أنه (بارافرينيا)(Paraphrenia) وميزه عن الفصام بغياب الهلاوس والأعراض الذهانية الأخرى وغياب تدهور الشخصية، وفى عام (١٩٨٠) وصفه فى الدليل الاحصائى التشخيصى الثالث على أنه بارانويا مزمنة (ومن بينها البارافرنيا) وأخرى حادة وأخيرا فى عام (١٩٨٧) صنفه الدليل الإحصائى التشخيصى الثالث المراجع (DSM-III-R) والرابع (DSM-IV) تحت اسم الاضطرابات الضلالية، ليشير إلى أن محتوى الضلالات ليس محصورا فى الاضطهاد وأن الاضطهاد ليس ضروريا لتشخيص هذا الاضطراب .

الصورة الإكلينيكية :

وأهم ما يميز صورة هذا الاضطراب الإكلينيكية هو وجود ضلالات غير مفرطة فى الغرابة ، ولا ترجع إلى مرض عقلى آخر (مثل الفصام أو الاضطراب

الوجدانى) وليس هناك سبب عضوى يكمن خلف هذا الاضطراب .. وموضوعات الضلالات عادة هى : الحب اوالعظمة اوالغيرة اوالاضطهاد اوذات محتوى جسمانى .. وبناء على الموضوع الضلالى البارز يكون نوع الاضطراب ، **ومن ثم فأنواع الاضطراب الضلالى هى :**

(١) هوس المحب (Erotomanic)

حيث تسيطر على الشخص ضلال (إعتقاد) أنه محبوب من آخر حبا رومانسيا لدرجة الإلتحام الروحى، وعادة يكون هذا الآخر من طبقة عالية أومشهور أو رئيسه فى العمل، وقد يكون غريبا عن صاحب الضلال تماما وقد يبذل المضطرب (صاحب الضلال) مجهودات للاتصال الشخصى بموضوع الضلال خلال التليفون أو الخطابات أو الهدايا أو الزيارات، أو الملاحظة المستمرة أو إعتراضه وقد يحفظ ضلالته سرية لا يبوح بها رغم هذه المجهودات .

ويكثر إنتشار هذا الاضطراب بين الإناث فى المرحلة الإكلينيكية بينما يلاحظ إنتشاره أكثر بين الذكور فى مجال الطب النفسى الشرعى، وذلك لمحاولتهم الإمساك بالشخص موضوع الضلال، فيخالفون القانون بذلك، وقد يكون وقوعهم تحت طائلة القانون بسبب محاولات حمقاء يبذلونها لإنقاذ الشخص موضوع الضلال من خطر وهمى .

(٢) العظمة الضلالية (Grandiose)

يعتقد الشخص بما لا يدع مجالا للشك أنه عظيم ولكنه غير معروف أو أنه إكتشف إكتشافات هامة، ويتقدم أحيانا لهيئات حكومية ليسجل هذه الإكتشافات (الوهمية)، وقد يعتقد أنه على علاقة خاصة بشخص بارز، (كنجم سينما مشهور أو أنه مستشار لرئيس الدولة)، قد تحمل ضلالات العظمة محتوى قائديا (دينيا) يسيطر بها الشخص على مجموعات من الناس ويصبح قائدا لها

(٣) الغيرة الضلالية (Jealous)

وفى هذا النوع يكون المضطرب مقتنعا تماما ودون سبب بأن زوجته أو محبوبته تخونه، ويجمع أدله واهية ليؤكد خيانتها ويقوى من ضلالته بهذه الأدلة، وغالبا يقدم على خطوات غير عادية تحت سيطرة الضلالات فيواجهه زوجته بذلك، وقد يحبسها فى المنزل ويغلقه عليها أو يمنع خروجها بمفردها أو يتتبعها سرا وكثيرا ما يعتدى عليها بالضرب .

(٤) الاضطهاد الضلالى (Persecutory)

وهوأكثرأنواع الاضطراب شيوعا وقد تكون الضلالات بسيطة أو معقدة، وعادة تشمل موضوعا واحدا أو مجموعة موضوعات مرتبطة ببعضها، مثل أن هناك من يتامرون ضده أو من يحتال عليه أو يتجسس عليه أو يتتبعه أو يدس له سما أو عقارا أو يحقد عليه بخبث أو يضايقه أو يعترضه فى تحقيق أهدافه .. فى بعض الحالات تكون بؤرة الضلالة هى العدل أو الحق الذى يتطلب موقفا قضائيا، وهذا ما يطلق عليه البارانوى كثير التشكى وهؤلاء الأشخاص غالبا يندمجون فى مجالات متكررة للحصول على الاشباع بواسطة الشكوى أمام المحاكم والهيئات الحكومية الأخرى، وأصحاب الضلالات الاضطهادية غالبا عدوانيون سريعوا الغضب ويلجأون للعنف ضد من يعتقدون أنهم يؤذونهم .

(٥) الضلالية الجسمانية (Somatic type)

وتحدث الضلالات الجسمانية بأشكال مختلفة أكثرها شيوعا اقتناع الشخص خطأ أنه تخرج منه رائحه كريهه من جلده أو من فمه أو من فتحه الشرج أو من الفرج، أو أنه لديه عدوى الحشرات على جلده أو أنه لديه عدوى طفيليه داخلية، أو أن جزءا من جسمه قبيح الشكل أو أن جزءا من جسمه (مثل الأمعاء الغليظة لا تعمل) وعادة مرضى الضلالات الجسمانية يذهبون إلى الاطباء

العضويين للعلاج أو لجراح تجميل لتصحيح الجزء الذى يتصور أنه قبيح، فيجد الجراح أن الجزء لا يحتاج إلى تصحيح وأن أى تدخل جراحى سوف يحدث تشوها، فيرسله إلى الطبيب النفسى.

الانتشار:

يعد الاضطراب الضلالى غير شائع الانتشار حيث قدرت نسبته فى الولايات المتحدة الأمريكية (٠٫٠٣٪) وربما يكون السبب أن حالاته لا تمثل للتشخيص الاكلينيكى وهو أكثر بين الإناث وبين الأقارب من الدرجة الأولى.

المسار والاعاقة:

عادة يبدأ الاضطراب الضلالى فى متوسطى العمر (٤٠ - ٥٥) وقد يبدأ مبكرا اومتأخرا عن ذلك ومساره متفاوت من حالة لأخرى، فأحيانا يصبح مزمنا (خاصه النوع الاضطهادى) وأحيانا يمر بفترات من الهوادة يعقبها فترات أخرى من الاشتداد،وفى بعض الحالات يظل الاضطراب شهورا قليلة ثم يختفى دون إنتكاس.

ونادرا ما يعوق الاضطراب الضلالى الأداء اليومى للشخص، حيث أن ذكاء الشخص وقدرته الوظيفية لا تتأثر حتى عندما يصبح الاضطراب مزمنا، ولكن الذى يتأثر غالبا هو علاقات الشخص الاجتماعية والزوجية، وبصفة عامة فإن المصابين بهذا المرض عاديون فى مظهرهم وسلوكهم ما لم تناقش ضلالاتهم.

التشخيص:

يشخص الاضطراب الضلالى فى حالة الضلالات غير مفرطة الغرابة التى تستمر لمدة شهر على الأقل، وإذا وجدت هلاوس تكون غير بارزة (كالتى فى

مرض الفصام) والسلوك والتصرفات ليست غريبة إلا فيما يتعلق بالضلالات من سلوكيات، وإذا صاحبها اضطراب وجدان تكون مدته قصيرة بالمقارنة بمدة الاضطراب الضلالى، ولا تنطبق مواصفاتها (الحالة) على الفصام وليس هناك سبب عضوى لها . . ويحدد أحد الأنواع السابقة .

التشخيص الفارق قد تتشابه الحالات الآتية مع الاضطراب الضلالى :

١- **الاضطراب المعرفى لسبب جسمانى او بتأثير مادة :** خاصة الخرف فى مراحلة الأولى والاضطراب الضلالى (مثل الناشئ عن تعاطى الأمفيتامين أو ورم بالمخ) قد يتشابهان مع الاضطراب الضلالى ولكن وجود السبب العضوى يميز بينهما .

٢- **الفصام (النوع الاضطهادى):** أو الاضطراب فصامى الشكل ولكن يميزها عن الاضطراب الضلالى وجود هلاوس بارزة أو ضلالات مفرطة الغرابة مع تدهور الأداء الوظيفى والاجتماعى للشخص .

٣- **اضطراب الوجدان المصاحب بأعراض ذهانية:** حيث تكون الضلالات أيضا غير مفرطة الغرابة ولا يصاحبها عادة هلاوس بارزة، فالتمييز هنا يعتمد على العلاقة الأساسية بين الاضطراب الوجدانى والضلالات، حيث أن بدء اضطراب الوجدان يسبق ظهور الأعراض الذهانية ويظل موجودا بعد تحسنها، واضطراب الوجدان يكون شديدا (هذا فى حالة اضطراب الوجدان المصاحب بأعراض ذهانية) أما فى حالة الاضطراب الضلالى فإن أعراض اضطراب الوجدان أخف حده ومدته قصيرة (إن وجد) بالمقارنة بمدة الاضطراب الضلالى.

٤-**إضطراب توهم اختلال شكل الجسم:** وهوالانشغال بقصور متخيل فى مظهر الجسم أو فى عضومنه، ولكنه يتميز عن النوع الجسمانى من الاضطراب الضلالى أن توهمه ليس فى درجه الضلال ،حيث يمكن إقناعه أن انشغاله

وتوهمه لا مبرر له .

٥- اضطراب الشخصية البارانوية (الاضطهادية) حيث توجد أفكار اضطهادية أو خيانة مرضية ولكن لا تصل إلى درجة الضلال .

٦- الاضطراب الذهانى غير المصنف فى مكان آخر يشخص إذا كانت المدة أقل من شهر والضلالات غير مفرطة الغرابة ولا توجد ضغوط اجتماعية نفسية واضحة كما فى حالة التفاعل الذهانى قصير المدى .

أسباب الاضطراب الضلالى :

أسباب الاضطراب الضلالى ليست معروفة إلى الآن وهناك اتجاه يقول بأنها أحد انواع الفصام أو اضطراب الوجدان الفرعية، الا أن الدراسات الأسرية أشارت إلى أن الاضطراب الضلالى مستقل عنها، حيث لوحظ أنه لا يزداد حدوث الفصام واضطراب الوجدان فى عائلات مرضى الاضطراب الضلالى ولم يلاحظ زيادة حدوث الاضطراب الضلالى فى عائلات مرضى الفصام، كما أن هذا الاضطراب لا يتحول إلى الفصام أو اضطراب الوجدان إلا نادرا، وبدايته فى سن متأخرة عما هى فى الفصام واضطراب الوجدان، كل هذا يرجح أن الاضطراب الضلالى ليس أحد أنواع الفصام أو اضطراب الوجدان .

وهناك محاولات بيولوجية لربط ما يحدث فى هذا الاضطراب من ضلالات مركبة وما يحدث فى بعض حالات الأمراض العصبية خاصة التى تشمل الجهاز الطرفى والنوى القاعدية، ولكن التفسيرات النفسية الدينامية أكثر اسهاما فى هذا الاضطراب، حيث لوحظ أن هؤلاء الأفراد لديهم حساسية زائدة مع شعور بعدم الأمان مثل الخوف من أن يصبح جناسى مثلى (لواطى)، ولوحظ أن الأنا يتخذ حيلا دفاعية هى التكوين العكسى والاسقاط والانكار، ورغم أنه لا توجد أدله بحثية تقرر العلاقة السببية بين عوامل دينامية محددة وحدوث الأعراض الضلالية، إلا أن الخبرة الإكلينيكية تشير إلى أن المرضى يفيدون من العلاج

النفسى.

ولقد إعتبر (فرويد) أن تكون الضلال الاضطهادى دفاع ضد الميول الجنسية المثلية بإستخدام حيل الإنكار والإسقاط الدفاعية هكذا .

(١) شعور (أنا أحبه) يتم انكاره ويتغير بواسطة التكوين العكسى إلى

(٢) أنا لا أحبه أنا أكرهه .. هذا الشعور يتحول خلال الاسقاط إلى

(٣) لست أنا الذى أكرهه هو الذى يكرهنى .. وهذا هوما يظهر فى المرض.

(٤) إنه يضطهدنى. وبدلا من استشعار الميول الجنسية المثلية السالبة فإن المريض يرفض حب أى شخص عدا نفسه .

أما فى ضلالات الحب يغير الشعور(أنا أحبه) إلى (أنا أحبها) وهذا الشعور خلال الإسقاط يصبح (هى تحبنى..) وفى ضلالات الغيرة محاولة لابعاد تهديد الميول الجنسية المثلية، حيث يتغير شعور (أنا أحبه) إلى (أنا لا أحبه) (هى تحبه) ونفس هذه الديناميات النفسية فى حالة الإناث .

ويذكر أحد الباحثين أن هناك سبعة أشياء تسهم فى حدوث الاضطراب الضلالى هى :

١- زيادة توقع المعاملة القاسية .

٢- العزلة الاجتماعية .

٣- وجود مواقف تزيد من عدم الثقة والشك.

٤- وجود مواقف تزيد من الحسد والغيرة .

٥- وجود مواقف تقلل من اعتبار الذات .

٦- وجود مواقف تبرز للشخص تقصيره بالنسبة للآخرين .

٧- وجود مواقف تزيد القابلية للاجترار (إعادة التفكير مرارا) حول المعانى المحتملة والدوافع .

ويرى أن تآلف أى من هذه المواقف يؤدى إلى إحباط لا يمكن للشخص تحمله فيصبح قلقا منسحبا، ويسقط فى يدية أن هناك شئ ما خطأ ويبحث عن تفسير لذلك فتكون الضلالات، التى تقدم الحل وظهور الضلالات (مشتملة على أشخاص وهميين ودوافع وهمية) بنتج عنه تكون ما يسميه المجتمع الزائف (Pseudocommunity).

وإشارت الملاحظة الإكلينيكية أيضا أن بعض المرضى البارانويين يخبرون نقصا فى الثقة فى إستقرار العلاقات يعزى للجو الاسرى العدائى المستمر، فغالبا ما تكون الأم مسيطرة والأب متباعد (او غائب) أو سادى، حيث يستخدم التكوين العكسى كدفاع ضد العدوان والحاجة للاعتمادية ومشاعر العطف؛ فالحاجة إلى الاعتمادية تحول إلى استقلال مبالغ فيه، والإنكار يستخدم لتجنب الوعى بالواقع المؤلم، ويسقط رفضه وغضبه على الآخرين، والاسقاط هنا لحماية الشخص من التعرف على النزعات غير المقبولة فى نفسه .

فالشعور بالدونية تؤدى من خلال التكوين العكسى والاسقاط إلى ضلالات العظمة، وضلالات الحب إستبدال لمشاعر الرفض (أو اسقاط للحب النرجسى المستخدم كدفاع ضد نقص إعتبارات الذات والإنجراح)، أما الضلالات الجسمانية فتفسر ديناميا كنكوص إلى النرجسية الطفلية، حيث يسحب المريض إرتباطه العاطفى بالآخرين ويركزه على جسمه فى ضلالات .

العلاج :

يدخل المريض مستشفى إذا كانت هناك خطورة منه على نفسه أو على الآخرين (الانتحار أو القتل..) ويعطى مطمئنات عن طريق الحقن اذا كان فى حالة (هياج) .

أما فى الحالات غير الخطيرة فيكون المعالج علاقة ثقة مع المريض أولا، ثم يصف له عقاقير من مضادات الذهان، ويوضح له أعراضها الجاذبية حتى لا يشك

فى نوايا الطبيب عند ظهور الأعراض الجانبية، ويكون البدء بجرعات صغيرة وتزداد ببطء حتى تتحقق درجة مناسبة من التحسن، وإذا فشل العلاج لمدة ستة أسابيع تعطى مجموعة أخرى من مضادات الذهان، ويلاحظ أن سبب الفشل عادة هو عدم تعاطى العلاج ويصاحب ذلك العلاج النفسى الفردى .

الاضطراب الذهانى قصير المدى

Prief Psychotic Disorder

ويتميز ببداية حادة لأعراض ذهانية بعد ظروف ضاغطة فى حياة المريض وتظل لمدة تقل عن شهر ونظرا لارتباط هذا الاضطراب بظروف ضاغطة كان يطلق عليه (الذهان التفاعلى) أو(الذهان الهستيرى) أو(ذهان الإنضغاط) .

الصورة الاكلينيكية :

عبارة عن أعراض ذهانية ذات بداية حادة تمتد لعدة ساعات ولا تزيد عن شهر ثم يعود الشخص لكامل أدائه الوظيفى، بنفس مستوى ما قبل المرض وتظهر الأعراض بعد ظروف ضاغطة وتكون فى هيئة هلاوس وضلالات وتقلب انفعالى بشكل حاد، وقد يكون الشخص مرتبكا أو متغيم ويعرف من الطريقة التى يستجيب بها لما يطلب منه .. ويصاحب ذلك سلوك غريب من اتخاذ اوضاعا غريبة أو ارتداء ملابس غريبة، أو الصراخ أو البكم أو اخراج اصواتا لا معنى لها أو تكرار مقاطع من جمل لا تفيد معنى، والوجدان غير مناسب غالبًا واضطراب الاهتداء والذاكرة الحديثة وإجابته على الأسئلة قد تكون سخيفة ومختلفة.

والسمات اللآتية تميزه :

أ- وجود واحد أو أكثر من الاعراض الآتية :

(١) ضلالات (٢) هلاوس (٣) خلط فى الكلام

(٤) سلوك واضح الاضطراب أو كتاتونى

ب - مدة الاضطراب لاتقل عن يوم ولا تزيد عن شهر ، مع عودة كاملة للأداء الوظيفى السابق .

جـ - هذا الاضطراب لايعد اضطراب وجدان مصاحب باعراض ذهانية أو فصام وجدانى أو فصام وليس بسبب تأثيرات فسيولوجية مباشرة لمادة أو حالة مرضية جسمانية **يحدد ما إذا كان**

- مصاحبا بضغوط (تفاعل)أو غير مصاحب أو بدايته بعد ولادة (خلال ٤ أسابيع) .

الانتشار

ينتشر التفاعل الذهانى محدود المدة فى الطبقات الاجتماعية الدنيا وفى أصحاب الشخصيات المنتشرة (الهستيرية والنرجسية والاضطهادية وفصامية النوع والحدية) وفيمن تعرضوا لكوارث سابقة اوخبروا تغيرا حضاريا . .

المساروالاعاقة

يحدث هذا الاضطراب فى المراهقة أو بداية الرشد ببداية حادة لأعراض ذهانية بعد ظرف ضاغط بساعات قليلة وتختفى الأعراض الذهانية فى غضون أيام قليلة، ولا تظل أكثر من شهر، وأحيانا يعقبها اعراض اكتئاب أو فقد الثقة بالنفس ولكن الشخص يعود لأدائه الوظيفى السابق خلال شهر .

أسباب التفاعل الذهانى المحدود :

- وجود تهيئة فى اضطراب الشخصية (السابق ذكره) .
- وجود ظروف ضاغطة نفسية أو اجتماعية .
- ديناميا لوحظ وجود حيل دفاعية غير مناسبة مع إحتمال المكسب الثانوى لهؤلاء المرضى (مثل تعاطف الآخرين مع المريض وإعفائه من المسئوليات)

التشخيص الفارق :

قد يختلط التفاعل الذهانى المحدود مع الاضطرابات الآتية :

١- الاضطرابات العقلية العضوية خاصة الهذيان والاضطراب الضلالى العضوى والانسحاب ويتم التمييز على أساس التاريخ المرضى أو المعملى الذى يشير إلى وجود عامل عضوى .

٢- نوبات الهوس ونوبات الاكتئاب العظمى قد تتشابه مع التفاعل الذهانى المحدود ولكن عند اختلاط الأمر يجب اعطاء الهوس والاكتئاب أولوية فى التشخيص على التفاعل الذهانى المحدود خاصة إذا وجدت دلالاتها التشخيصية سواء كانت مصاحبة بظروف ضاغطة أم لا .

٣- اضطراب الأعراض النفسية المستحدثة حيث يظهر الشخص أعراضا مرضية عن قصد تحت تأثير ظروف ضاغطة .

٤- إدعاء المرض حيث يدعى الشخص أعراضا ذهانية ولكن عادة هناك برهان على وجود هدف واضح يكمن خلف الأعراض .

العلاج :

قد يلزم إدخال المريض مستشفى إذا كانت الأعراض شديدة أو بغرض التشخيص، والطمأنة التى يوفرها جو المستشفى قد تكون كافية مع جرعات قليلة

من مضادات الذهان، ويمكن سحب هذه العقاقير تدريجيا بمجرد تحسن الأعراض الذهانية ،على أن يصاحبه علاج نفسى لمساعدة المريض على التخلص من الحيل الدفاعية غير الناضجة (مثل النكوص) وتقليل نقص إعتبار الذات وزيادة الثقة بالنفس.

الاضطراب الذهانى المشارك (المستحث)

Shared Psychotic Diserder

وهو اضطراب ضلالى يحدث للمريض نتيجة لعلاقته الوثيقة بشخص آخر هوصاحب هذه الضلالات أصلا ، أى أنه هو المريض الأصلى وشاركه مريضنا ضلالاته، ولذا يسمى هذا الاضطراب بالبارانوى المشارك، ولقد وصف هذا الاضطراب أول مرة عام (١٨٧٧) بواسطة أطباء النفس الفرنسيون وأطلقوا عليه(Folie a deux)وهناك أسماء أخرى أطْلقَت على هذا الاضطراب منها (الجنون المزدوج) (Double Insanity) (الذهان المرتبط) (Psychosis of Association).

الصورة الاكلينيكية

أهم ما يميز صورة الاضطراب الذهانى المستحث الاكلينيكية هو وجود ضلالات لدى الشخص كنتيجة لعلاقته الوثيقة بآخر الذى لديه فعلا إضطراب ذهانى وضلالات بارزة ، وهذه الضلالات مشتركة بين الشخصين، ولا يشخص بهذا الاضطراب من يمثلون بأعراض اضطراب ذهانى أو اعراض منذرة للفصام قبل بدء الضلالات مباشرة .

محتوى هذه الضلالات فى حدود الممكن وغالبا يبنى على الخبرة الماضية المشتركة للشخصين، وأحيانا يمكن أن تكون الضلالات المستحثة مفرطة فى الغرابة ، وعادة يكون الشخص المضطرب أساسا مسيطرا في العلاقة التى بينهما ويملى ضلالاته تدريجيا على الآخر (الطرف السالب فى العلاقة) ؛ وعادة يحدث

هذا بعد فترة من تعايشهما معا وانعزالهما وعدم احتكاكهما بالناس الآخرين .

عندما يتم عزل مضطرب الذهان المستحث عن المضطرب الأصلى تتناقص حدة الضلالات لديه، والشائع أن هذا الإضطراب يحدث فى علاقة شخصين فقط (أحدهما أصلى والآخر تابع) ولكن سجلت حالات لأكثر من تابع (أى لديهم ذهان مستحث) قد تصل الى اثنا عشر شخصا، وقد تشمل أسرة ،والمصابون بهذا الاضطراب نادرا ما يبحثون عن علاج، والحالات التابعة عادة تظهر للضوء عندما يعالج الشخص الأصلى.

ويتميز بالسمات التشخيصية الآتية :

أ- حدوث ضلالات لدى فرد من خلال علاقة حميمة مع شخص آخر لديه فعلا ضلالات ثابته.

ب- هذه الضلالات تشبه فى محتواها التى لدى الشخص المصاب بها أصلا.

جـ- الاضطراب لايعد جزءا من اضطراب ذهانى آخر مثل الفصام أو اضطراب الوجدان المصاحب بأعراض ذهانية، ولا يرجع لتأثيرات فسيولوجية مباشرة لمادة أو حالة مرضية جسمانية .

الانتشار :

يعد الذهان المستحث اضطرابا نادرا ولكنه يكثر بين الإناث وفى الطبقات الاجتماعية الدنيا، والمصابون بعاهات جسمانية أكثر عرضة لاعتمادهم على الآخرين، وتزيد نسبة الانتشار بين فردين من أسرة واخدة تصل الى (٩٥٪) من الحالات .

المسار والمآل :

عادة المسار مزمن والبداية فى أى سن ورغم أن هناك قول شائع بأن فصل التابع المصاب بالذهان المستحث عن المضطرب الأصلى والمسيطر فى العلاقة ينتج عنه تحسن، إلا أن الدراسات الإكلينيكية قررت نسبة شفاء قليلة من (١٠٪) الى (٤٠٪) فقط، ولكن عدم التحسن بعد الفصل يحتم إعادة النظر فى التشخيص فقد يكون اضطرابا ضلاليا أو فصام .

التشخيص الفارق :

يجب تمييزه عن الاضطراب الضلالى والفصام الوجدانى الذى لا توجد فيهم علاقة وثيقة مع شخص مسيطر، وإذا وجد هذا فإن الأعراض الذهانية (أو الأعراض المنذرة فى حالة الفصام) تسبق بداية أى ضلالات مشاركة (أو تابعة).

السبب :

عادة السبب نفسى إجتماعى لوجود شخصين أحدهما مسيطر والآخر تابع والعلاقة بينهما حميمة وإرتباطهما بالعالم الخارجى معدوم وهناك مكسب متبادل لكلا الشخصين، ويسعى التابع ليحوز القبول من الشخص المسيطر .

العلاج :

يلزم فصل الشخص المصاب بذهان مستحث عن مصدر الضلالات (الشخص المسيطر)، وتعطى العقاقير المضادة للذهان إذا لزمت فقط ،ولكن العلاج النفسى هام جدا لمساعدة المريض فى التخلص من ضلالاته المستحثة والارتباط بالواقع الخارجى والعالم من حوله .

إضطراب ذهانى بسبب حالة مرضية جسمانية

Psychotic Dis. due to a General Medical Conditior

وهو اضطراب ذهانى بسبب جسمانى و يتميز بالآتى :

أ- هلاوس أو ضلالات بارزة .

ب- يوجد برهان أن الاضطراب سببه التأثيرات الفسيولوجية المباشرة لحالة مرضية جسمانية .

جـ- الاضطراب لايعد ضمن اضطراب عقلى آخر .

د - الاضطراب لايحدث خلال مسار الهذيان.

ويحدد ما إذا كان :

- المصاحب الغالب والمسيطر على الصورة الاكلينيكية هلاوس أم ضلالات وتذكر الحالة المرضية الجسدية ليكتمل التشخيص.

الإضطراب الذهانى بتأثير مادة

Substance-Induced Psychotic Disorder

ويتميز بالآتى :

أ- هلاوس أو ضلالات بارزة (لاتعتبر إذا كان الشخص مستبصرا أن سببها المادة التى تعاطاها) .

ب- يوجد برهان أن الاعراض بتاثير المادة سواء كان من جراء إنسمام بها أو انسحاب لها أو بتأثير عقار طبى.

جـ- الاضطراب لايعد كاضطراب ذهانى آخر .

تحدد المادة ويحدد ما إذا كان ضمن انسمام أم إنسحاب للمادة أو عقارا طبيا .

الإضطراب الذهانى غير المحدد فى مكان آخر

Psychotic Dis. Not Otherwise Specified

وتشمل الأعراض الذهانية (الضلالات أو الهلاوس أو الخلط فى الكلام أو السلوك الواضح الاختلال أو السلوك الكتاتونى) الذى لاتكفى لوضعها ضمن احد التشخيصات المحددة السابقة .وتشمل :

١- **ذهان ما بعد الولادة :** الذى لايتفق مع اضطراب الوجدان المصاحب بأعراض ذهانية أو الاضطراب الذهانى قصير المدى أو الذهان بسبب حالة مرضية جسمانية أو بتأثير مادة .

٢- **أعراض ذهانية أقل من شهر :** ولاتنطبق عليها مواصفات الاضطراب الذهانى قصير المدى .

٣- **هلاوس سمعية ثابته:** فى غياب أعراض أخرى .

٤- **ضلالات غير مفرطة الغرابة ثابته :** مع فترات من نوبات وجدانية طارئة عليها ولا تنطبق مواصفات الاضطراب الضلالى.

٥- **الاضطراب الذهانى الذى لايستطيع الفاحص أن يقرر :** ما إذا كان راجعا لحالة مرضية جسمانية أو بتأثير مادة أو أوليا.

ذهان ما بعد الولادة

Post-Partum Psychosis

لزمة إكلينيكية تحدث بعد الولادة وتتميز بضلالات واكتئاب شديد مع افكار لإيذاء الوليد اوالنفس .

الصورة الاكلينيكية :

عادة تظهر الأعراض فى اليوم الثالث للولادة وتبدأ بالأرق وعدم الإستقرار

والشعور بالإجهاد وتقلب الوجدان مع نوبات من البكاء، أما الأعراض المتأخرة فتشمل الشك والإرتباك وعدم الاتساق فى التفكير والإنشغال بأفكار وسواسية حول صحة الطفل أو عدم الرغبة فى العناية به وعدم حبه أو الرغبة فى إيذائه (الوليد)، والضلالات فحواها أن الطفل ميت اومشوه، اوانكار أنه وليدها، مع افكار مسيطرة بأنها لم تتزوج بعد أوانها مازالت عذراء، وقد تكون الأفكار أو الضلالات إضطهادية بأن هناك من يؤثر عليها أو أنها تنتمى للجنس الآخر، مع الهلاوس التى قد يكون محتواها مماثل لمشاعر العداء تجاه وليدها فتأمرها بقتله .

الانتشار:

يحدث ذهان ما بعد الولادة فى (١-٢) فى كل ألف من الولادات ويزداد خطر إحتمال حدوث هذا الإضطراب إذا كان قد حدث للمريضة فى ولادة سابقة، أو حدث لأمها، وفى حالة وجود تاريخ سابق لإضطراب الوجدان وذهان ما بعد الولادة يحدث أساسا للأمهات ولكن سجلت حالات نادرة للآباء.

المسار والمضاعفات والمآل:

عادة تسبق الأعراض الذهانية المتأججة بعلامات منذرة مثل الأرق وعدم الإستقرار والفوران الداخلى وتقلب الوجدان وخلل معرفى، وبمجرد إكتمال صورة الذهان قد تصبح المريضة خطرة على نفسها أو وليدها طبقا لمحتوى الهلاوس ودرجة الفوران الداخلى .. فلقد سجلت احدى الدراسات أن (٥٪) قتلن أنفسهن وأن (٤٪) قتلن وليدهن .

ويلاحظ أن المآل فى حالات ذهان ما بعد الولادة يعتمد على تماسك الشخصية وتكيفها قبل المرض وغياب الفصام واضطراب الوجدان، بالاضافة إلى أن الإرتباط الأسرى الذى يدعم المريض يساعد فى الوصول إلى مال حسن لحالة المريضة، إلا أن الولادة التالية غالبا ما يصاحبها نوبة أخرى .

التشيخص الفارق :

الاضطرابات الآتية يمكن أن تشبه ذهان ما بعد الولادة ويجب تمييزه عنها وهي :

١- اضطراب الوجدان أو الفصام كانتكاس حدث بعد الولادة .

٢- اكتئاب ما بعد الولادة .

٣- نقص نشاط الغدة الدرقية .

٤- لزمة كوشنج التى قد تحدث بعد الحمل .

٥- الاكتئاب الناتج عن تعاطى عقاقير مثل مخفضات الضغط المرتفع.

٦- عدوى أثناء الولادة اوبعدها ينتج عنها التهاب بالمخ .

٧- كآبة ما بعد الولادة وتحدث بنسبة (٥٠٪)من الوالدات بعد ولادتهن وتتميز بالبكاء والاجهاد والقلق وسرعة الاستثارة وتبدأ بعد الولادة بفترة قصيرة وتظل أيام قليلة ثم يتم شفاءها تلقائيا.

السبب :

يعتقد أن أغلب هؤلاء المرضى لديهن مرض عقلى غير ظاهر (تحت السطح) ويظهر عندهن بعد ضغط الولادة ، وإقترح أن السبب هو النقص [illegible] فى هرمونى الاستروجين والبروجستيرون بعد الولادة ، ولكن إعطاء هذه الهرمونات لم ينجح كعلاج لهذا الأضطراب .

وتشير الدراسات السيكودينامية إلى دور المشاعر وصراع الأم حول خبرات الأمومة، خاصة إذا كان الزواج تعسا، فلقد لوحظ أن الشقاق الزوجى يرتبط بزيادة حدوث المرض .. كما لوحظ أنه فى الحالات النادرة من ذهان ما بعد الولادة التى تحدث للآباء يشعر الأب (الزوج) بأنه نحى جانبا بواسطة الطفل، وأنه لم الأم .

العلاج :

يعد إضطراب ذهان ما بعد الولادة من الحالات التى تتطلب علاجا عاجلا، ومضادات الاكتئاب هو العلاج المفضل فى المكتئبات، والحالات التى لديها ميول انتحارية تنقل إلى غرف الملاحظة فى قسم الطب النفسى لمنع محاولات الانتحار ، أما الحالات التى يظهر فيها اعراض الهوس فيفضل إعطاء أملاح الليثيوم مع مضادات الذهان فى الأسبوع الأول من العلاج .

تعطى الأم فرصة للتواصل مع طفلها إذا رغبت ولكن تحت الملاحظة ، والعلاج النفسى مفيد، خاصة بعد إنتهاء الفترة الحادة من الذهان ويتوجه إلى الصراع النفسى ومساعدة الأم فى تقبل دور الأمومة .. مع طلب المساندة لها من الزوج والمحيطين لتقليل مشاعر الانضغاط لديها.

متلازمات محددة ولكنها محصورة فى ثقافات معينة

١- **أموك(Amok)** وينشر هذا الإضطراب فى منطقة الملايو حيث يحدث انفجار عدوانى غير مبرر، فالشخص المصاب به يندفع بسلاح يقتل كل ما يقابله من أشخاص وحيوانات، وقد يقتل نفسه فى النهاية ، وهذه النوبة من القتل الأهوج تسبق بفترة من الانشغال والاكتئاب الخفيف، وبعد النوبة يشعر الشخص بالاجهاد وينسى تماما ما حدث وغالبا ينتحر .

ويحدث هذا الاضطراب فى الرجال من شعب الملايوكما لوحظ أيضا فى أفريقيا ودول المناطق الحارة .. وإفترض أن السبب يرجع الى أن هذه الثقافات تعطى حرية للاطفال فى التعبير عن عدوانهم ثم تكبحهم فى فترات المراهقة والرشد، مما يعرضهم لتفاعلات مرضية . وعلاج هذه النوبة هو فى السيطرة عليه جسمانيا وتنتهى النوبة خلال ساعات قليلة، ويلزم علاجه بمضادات الذهان كذهان مزمن .

٢- كورو (Koro) وهى حالة من القلق الحاد التى تتميز بخوف الشخص الذكر من أن قضيبه ينكمش وقد يختفى إلى داخل بطنه وأنه قد يموت .

وينتشر بين شعوب منطقة جنوب شرق أسيا وبعد مناطق الصين، كما لوحظ بين أمم الغرب بعد حالات من هذا الاضطراب، ولا يقتصر على الرجال بل لوحظ فى النساء الخوف من انكماش الاجزاء الخارجية للفرج والثديين .

ويرجع هذا الاضطراب لتفاعل عوامل نفسية اجتماعية وديناميه لاشخاص مهيئين ويبدوأن للمخاوف الثقافية المرتبطة بالاحتلام ممارسة العادة السرية والانغماس فى التفكير الجنسى دورا فى ذلك .

والعلاج عن طريق الجلسات النفسية وبعض العقاقير وأحيانا تلزم الجلسات الكهربائية وفى بعض الثقافات وصف لعق القضيب باللسان كعلاج لهذه الحالة.

٣- التوحش (Wihtigo): وهو إضطراب يصيب بعض الأفراد فيعتقدون أنهم تحولوا إلى وحش عملاق يأكل لحوم البشر ،خلال فترات الجوع فقد يشعر ويعبر عن رغبته الشديدة لأكل لحم الآدمى، وبسبب هذا الاعتقاد تظهر أعراض جسمانية بالجهاز الهضمى مثل فقد الشهية أو الغثيان وقد يصبح فى حالة هياج شديدة خوفا من أن يتحول إلى وحش.

٤- **الذهان ذو العرض الوحيد البارز** : وهذه المتلازمات تتكون من عرض ذهانى واحد اوأكثر وهوعادة هلاوس متكررة أو ضلالا واحد وكانت تسمى سابقا الهوس وحيد العرض وباستثناء هذا العرض الخاص فإن الشخصية تبدو متماسكة .

٥-**ذهان رؤية الذات (Autoscopic psychosis)** : وفيه يخبر الشخص هلوسيا أنه يرى كل جسمه أو جزءا منه كما لوكان ظاهرا في مرأة ،وهذا الجزء المشاهد يوصف من قبل هؤلاء المرضى على أنه شفاف لا لون له ولكنه يُرى، بوضوح فجأة بدون سابق انذار ويحاكى حركات الشخص، ويظل فى العادة

لثوان قليلة وغالبا عند ظُلاَمة أول الليل، وقد يوجد أنماط أخرى من الهلاوس ويصاحب ذلك الارتباك والحزن .

وهذه الظاهرة نادرة وبعد الاشخاص قد يخبرونها مرة أخرى فى حياتهم ويجب استبعاد الإصابة العصبية كسبب لهذا الإضطراب، خاصة تلك التى تسبب اثارة بعض المناطق فى الفصوص الصدغية الجدارية، وهذه احدى النظريات لاسباب هذا الاضطراب وهناك نظرية أخرى أن الإضطراب يمثل بروزا لبقايا ذاكرة .. ولوحظ حدوثها لبعض الأشخاص الأسوياء ذوالقدرة العالية على التخيل وأصحاب الشخصية النرجسية تحت ضغوط إنفعالية .

ونادراما يلزم علاج هذه الحالة فليست معيقة وليست اشتدادية ولكن إذا كانت ناتجة عن آفة عصبية يلزم علاجها .

٦-**متلازمة كبجراس** (Capgras' Syndrome) : الذى وصف بواسطة الطبيب النفسى الفرنسى(Capgras) عام(١٩٢٣)وتتميز هذه المتلازمة بإقتناع ضلالى أن الآخرين فى بيئة الشخص ليسوا هم حقيقة ولكنهم مستبدلين ببدلاء يتقمصون أدوارهم ويتصرفون مثلهم .

وهذه المتلازمة نادرة ولكن أغلب حدوثها لديالاناث وتصنف كإضطراب ضلالى وقد تحدث كأحد مظاهر مرض الفصام .

ويرجع سببها إلى خلل اختبار الواقع نتيجة لعملية الذهان حيث فسر على أنه خطأ تأويل ناتج عن مشاعر الغربة المختلفة مع ميول اضطهاديه لعدم الثقة أو أنه ناتج عن اضطراب فى وظيفة الفص الجدارى .

وعلاج هذا الاضطراب هوعلاج الذهان المرتبط به بمضادات الذهان

٧- **متلازمة كوتارد** (Cotard' Syndrome): يشكوالمصابون بهذا الإضطراب أنهم فقدوا ليس فقط ممتلكاتهم وقوتهم ولكن القلب والدم والامعاء، وأن العالم من حولهم تناقص إلى لاشئ، والمتلازمة الكاملة تتميز بضلالات الخلود التى

يصاحبها افكار تشير الى هوس تضخم الذات .

ويرى هذا الاضطراب قبل البداية الحادة لمرض الفصام أو نوبات الاكتئاب وهو نادرا نسبيا خاصة بعد تقدم مضادات الذهان، وقد يلاحظ فى متلازمات الاضطرابات العقلية المعرفية الخاصة بالشيخوخة وماقبلها والسبب غير معروف ويصنف كإضطراب ضلالى عدمى .. وعادة يظل لأيام أو أسابيع قليلة ويستجيب للعلاج الذى يؤثر فى الإضطراب الأصلى الذى هو جزء منه (الفصام أو الاكتئاب) والشكل المزمن منه يرتبط بالاضطرابات المعرفية مثل مرض ألزهيمر .



الفصل الثالث

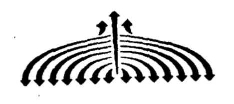
مقدمة:

١- شاب فى الثانية وا ...رين من عمره طالب بالجامعة أصبح زائد النشاط والمرح والكلام وقل نومه بدرجة ملحوظة ،وأهمل فى دراسته وأساء فى تصرفاته، وعند مناقشته يثور ولا يقبل نقد وأصبح مزعجا لأصدقائه، يوقظهم تليفونيا بعد منتصف الليل. . وبفحصه نفسيا لوحظ كثرة كلامة وحركته ومرحه المرضى وصوته المرتفع وتطاير الافكار، إلا من إيقاع يربط بين الكلمات مع أفكار عن تضخم الذات وشعور بالعظمة وضغط فى الافكار مع تشتت الانتباه وعدم الإستبصار وأضطراب حكمه على الأمور.

٢- سيدة فى التاسعة والعشرين من عمرها ربة بيت تعانى منذ شهرين ودون سبب واضح من حالة ضيق ويأس وشعور بالملل وعدم الإستمتاع بما كانت تستمتع به من انشطة او أشياء، وأصبحت منعزلة قليلة الكلام مع نقص شهيتها للطعام وأرق فى بدء النوم وفى نهايته (فى الصباح الباكر)، وقل أدائها لمهام بيتها مع نوبات من البكاء أحيانا .. وبفحصها نفسيا لوحظ نقص إعتبار الذات ومشاعر الذنب وتعبير الكآبة مع مشاعر الحزن وسرعة الاستثارة وبطء الحركة والكلام وانخفاض الصوت، مع افكار عن الموت وكوابيس وصور موتى أثناء النوم .

هذان مثالان لحالات إكلينيكية سوف يعرض لها هذا الفصل .. هل يمكنك بعد إعادة قرائتهما أن تضع اهدافا تعليمية تبغى معرفتها ؟

ما هى هذه الاهداف ؟



اضطرابات الوجدان
Mood Disorders

وهى الحالات الإكلينيكية التى تكون أعراضها الأساسية هى اضطراب الوجدان مع أعراض أخرى مصاحبة لتكون جزئيا اوكليا متلازمات الهوس والاكتئاب وتظل لأقل وقت تكفي لتشخيصها، ويمكن أن تحدث متلازمات اضطراب الوجدان كجزء من اضطراب الوجدان (مثل نوبة الاكتئاب الجسيم اونوبة الهوس) اوكجزء من اضطراب عقلى عضوى (مثل اضطراب الوجدان بسبب حالة مرضية جسمانية أو بتأثر مادة).

ولقد سجلت اضطرابات الوجدان منذ القدم حيث وصف مايشير إلى الاكتئاب فى حكايات قدماء المصريين من حزن القلب والرغبة فى الموت مع النوم والكسل وكان ذلك قبل الميلاد بما يزيد على الألف عام، كما وصفت أعراض الاكتئاب فى قصة انتحار أجاكس فى إلياذة (هوميروس)(Homer) فى القرن الثامن قبل الميلاد، وفى عام(٤٥٠)قبل الميلاد استخدم (هيبوقراط) (Hippocrates) مصطلحات الهوس والسواد الارتدادى (الميلانخوليا) لوصف الاضطرابات العقلية وفى العصور الوسطى قسم (إبن سينا)(٩٨٠ - ١٠٣٧م) الميلانخوليا الى أربعة انواع طبقا لمزاج الشخص المضطرب (إما كنتيجة لزيادة الأيض اواضطرابة).. ثم وصف أطباء النفس الفرنسيين فى عام (١٨٥٤) تناوب الهوس والاكتئاب وأطلق على تناوب الهوس والاكتئاب (سيكلوثيميا) بواسطة (كولبوم) (Kahlbaum) الطبيب النفسى الألمانى (عام ١٨٨٢) ثم أفاد (كريبلين) (١٨٩٦) من سابقية ووصف ذهان الهوس والاكتئاب وضمنه أغلب الدلالات التشخيصية التى مازالت موجودة حاليا ،وميزه عن الخرف المبكر (الفصام) بأنه ليس فيه تدهور عقلى كما وصف (كريبلين) نوع من الاكتئاب يبدأ بعد يأس النساء من المحيض أطلق عليه (Involutional melancolia) وأقتصر إسهام

(فرويد١٨٥٦-١٩٣٩م) على التفسير السيكودينامى للإكتئاب وأهمية الفقد فى ترسيب الاكتئاب النفسى المنشأ ،كما قرر أن هناك أنواع أخرى من الاكتئاب تتحدد بيولوجيا.

تصنيف اضطرابات الوجدان:

تقسم اضطرابات الوجدان إلى اضطرابات ثنائية القطبية وأهم ما يميزها وجود واحدة أو أكثر من نوبات الهوس الخفيف عادة مع تاريخ نوبات إكتئاب عظمى، واضطرابات اكتئاب وأهم ما يميزها وجود نوبة أو أكثر من نوبات الاكتئاب العظمى ودون تاريخ لأى من نوبات الهوس أو الهوس الخفيف .

تشمل اضطرابات الوجدان مايلى :

أ- نوبات وجدانية:

١- نوبة اكتئاب جسيم

٢- نوبة هوس

٣- نوبة مختلطه

٤- نوبة هوس خفيف

ب- الاضطرابات الاكتئابية:

١-ضطراب الاكتئاب الجسيم

٢- اضطراب الد سثيميا (الاكتئاب المزمن)

٣- اضطراب الاكتئاب غير محدد فى مكان آخر

جـ- الاضطرابات ثنائية القطب

١- الاضطراب ثنائى القطب I

٢- الاضطراب ثنائى القطب II

٣- الاضطراب الدورى

٤- الاضطراب ثنائى القطب غير محدد فى مكان آخر.

د- اضطرابات وجدانية أخرى :

١- اضطراب وجدانى بسبب حالة مرضية جسمانية.

٢- اضطراب وجدانى بسبب تأثير مادة .

٣- اضطراب وجدانى غير محدد فى مكان آخر.

الصورة الاكلينيكية لاضطرابات الوجدان :

(أولا : نوبة الاكتئاب الجسيم Major Depressive Episode)

وأهم ملامحه هى الاكتئاب الوجدانى (أو ربما سرعة الاستثارة فى حالة الاطفال والمراهقين) أو فقد الاهتمام أو فقد الاستمتاع فى كل الانشطة أو أغلبها، بالاضافة الى أعراض مصاحبة لمدة أسبوعين على الأقل، وتمثل الأعراض تغيرا عن الأداء الوظيفى السابق، وهى ثابته أغلب ساعات اليوم وكل يوم طوال الأسبوعين.

وهناك أعراض مصاحبة تشمل اضطراب الشهية وتغير الوزن واضطراب النوم وزيادة النشاط الحركى أو نقصه ونقص الطاقة والشعور بفقد القيمة أو الاحساس بالذنب الشديد غير المناسب، وصعوبة التفكير أو صعوبة التركيز وتكرار فكرة الموت أو أفكار أو محاولات انتحارية، وليس لذلك سبب آخر بدأ الاضطراب أو جعله يستمر، والاضطراب ليس تفاعلا طبيعيا لفقد شخص عزيز كما أنه ليس طارئا على اضطراب ذهانى (الفصام والاضطراب فصامى الشكل والاضطراب الضلالى والاضطراب الذهانى غير المصنف فى مكان آخر) ولا تطابق

مواصفاته اضطراب الفصام الوجدانى .

ويصف الشخص شعوره بالاكتئاب أو الحزن أو اليأس وفقد الحماس، وفى بعض الحالات قد ينكر الشخص شعوره بالاكتئاب ولكن المحيطين به يلاحظون حزنه واكتئابه .. كما يصف فقد الاهتمام بأن أنشطته السارة لم تعد كذلك وأنه فقد الاستمتاع بالاشياء، وتلاحظ الأسرة انسحابه من أصدقائه وإهمال انشطته الترفيهيه المعتادة والتى كانت مصدر سروره قبل ذلك .

واضطراب الشهية غالبا بالفقد ولكن أحيانا تزداد الشهية بدرجة واضحة ويصاحب فقد الشهية الشديد نقص الوزن ، وفى حالة الأطفال يفشل فى الوصول إلى الوزن المتوقع له وعادة يصاحب زيادة الشهية زيادة الوزن .

وعادة يضطرب النوم وغالبا الأرق وأحيانا تكون زيادة النوم والأرق قد يشمل صعوبة الدخول فى النوم أو أرق يتخلل النوم أو أرق فى الصباح الباكر، أما كثرة النوم فتشمل النوم أكثر من المعتاد أو النوم المتقطع، واحيانا يكون سبب حضور المريض للعلاج هواضطراب النوم .

أما الفوران الداخلى فيأخذ شكل عدم القدرة على الاستقرار فى مكان أو التجوال أو الطرق باليد أو شذ الشعر أو حك الجلد .. والتبلد الحركى فيأخذ بطء حركة الجسم وبطء الكلام مع فترات صمت قبل الاجابة على الاسئلة، ويكون الكلام بصوت خافت وعلى نغمة واحدة، بالاضافة الى نقص كمية الكلام أو البكم ويصاحب ذلك نقص الطاقة والشعور بالاجهاد دون مجهود جسمانى، وتبدوأمامه المهام فى صعوبة المستحيل .

ويتفأوت الاحساس بفقد القيمة من مشاعر العجز إلى التقييم السالب للنفس، مع انتقاد النفس لكل فشل بسيط وتضخيمه ، مع الشعور بالذنب قد يصل لدرجة الضلال مع كثرة الأفكار عن الموت وتفضيله على الحياة ، وقد يوجد لديه أفكار انتحارية أو خطة لذلك وقد ينفذها محاولا الانتحار .

والأعراض المصاحبة تشمل :

البكاء والقلق وسرعة الإستثارة وإجترارات وسواسية وإنشغال بصحته الجسمانية ونوبات هلع ورهابات .

وعندما توجد أعراض ذهانية (ضلالات أو هلاوس) فإن محتواها عادة يكون واضحا متمشيا مع حالة الوجدان .. والضلالات الشائعة فى الاكتئاب أن الشخص مضطهد بسبب سوء أخلاقه أو عجزه الشخصى، وقد توجد ضلالات العدمية للعالم أو الشخص وقد تكون ضلالات جسمانية (توهم أنه مصاب بالسرطان أو مرض آخر خطير) وقد تكون ضلالات الفقر .. وعندما توجد الهلاوس تكون عابرة وقد تحوي أصواتا تلومه .. ونادرا ما يكون محتوى الضلالات والهلاو س غير متسق مع حالة الوجدان .

وهناك اعراض خاصة تظهر فى أعمار معينة فى حالات الاكتئاب وهي :

١- الأطفال فى مرحلة ما قبل البلوغ تكثر الشكوى الجسمانية والفوران الداخلى والهلاوس المتفقة مع حالة الوجدان (عادة صوت واحد يتحدث إلى الطفل) كما يكثر فى اكتئاب الاطفال أن يصاحبه القلق (القلق العام وقلق الانفصال واضطراب التجنب) .

٢- المراهقين توجد السلبية أو السلوك المضاد للمجتمع وتعاطى العقاقير وادمانها مع العناد ، واضطراب السلوك وتكثر الرغبة فى ترك البيت ويشكو من ان الآخرين لا يفهمونه ، وتشكوالأسرة من عدم استقراره وعدوانه ومعارضته لكل شئ وعدم تعاأو نه فى شئون البيت ، بالاضافة الى انسحابة من الانشطة الاجتماعية والانعزال فى حجرته ، وتأخره الدراسى وعدم الاهتمام بمظهره مع حساسية خاصة للرفض فى العلاقات العاطفية .

٣- كبار السن أحيانا تكون اعراض الاكتئاب فى كبار السن اضطراب الاهتداء وفقد الذاكرة والتشتت الأمر الذي يوحي بوجود خرف، كما أن فقد الاهتمام

وفقد الاستمتاع لأنشطه معتادة قد يبدوكتبلد أو صعوبة فى التركيز يعطى صورة الخرف الكاذب الذى يرجع الى الاكتئاب ، ويلزم تميزه عن الخرف الذى هو اضطراب عقلى عضوى .. ونوبة الاكتئاب الجسيم إما أن تكون واحدة أو مترددة ، ويلزم أن توصف بذلك مع نوعها الفرعى .

وتشخص بالمواصفات الآتية :

أ- وجود خمسة أعراض أو أكثر من الاعراض الآتية خلال نفس المدة التى لاتقل عن أسبوعين وتمثل تغيرا فى الأداء الوظيفى السابق للشخص على أن يكون من بينها واحد على الأقل من اكتئاب الوجدان أو فقد الاهتمام (أو الاستمتاع) .

(١) اكتئاب الوجدان أغلب اليوم وكل يوم تقريبا، ويقرره المريض كشعور بالحزن أو الفراغ أو يلاحظه الآخرون (يبدو باكيا)، يلاحظ فى الأطفال والمراهقين سرعة الاستثارة.

(٢) نقص ملحوظ فى الاهتمامات أو فقد الاستمتاع بكل أو أغلب الانشطة اليومية تقريبا كل يوم وأغلب فترات اليوم (كما يقرره الشخص أو يلاحظه المحيطون به) .

(٣) فقد هام للوزن (عندما تقل الشهية) أو زيادة الوزن (تغير الوزن بنسبة أكثر من ٥ ٪ من وزن الجسم خلال شهر)، أو تغير الشهية بالزيادة أو النقص تقريبا كل يوم.

(٤) الأرق أو زيادة النوم تقريبا كل يوم.

(٥) الفوران النفسي حركى أو التبلد كل يوم تقريبا (ويلاحظه الآخرون وليس مجرد مشاعر بعدم الاستقرار أو الهمدان) .

(٦) الاجهاد أو فقد الطاقة كل يوم تقريبا.

(٧) مشاعر بعدم القيمة أو الشعور بالذنب المفرط وغير المناسب ، الذى قد يصل الى الضلال (تقريبا كل يوم) وليس فقط لوم النفس أو الشعور بالذنب أنه مريض .

(٨) نقص القدرة على التفكير أو التركيز أو أخذ القرار تقريبا كل يوم (إما بواسطة الشخص نفسه أو من يلاحظونه) .

(٩) تكرار فكرة الموت (ليس فقط الخوف من الموت) ، أو تكرار الافكار الانتحارية بدون خطة محددة ، أو محاولة انتحار أو خطة محددة للانتحار.

ب- الأعراض لاتتفق مع مواصفات النوبات المختلطة .

جـ- الأعراض تسبب انزعاجا إكلينيكيا أوخللا فى الأداء الاجتماعى أو الوظيفى

د- الأعراض لاترجع الى التأثيرات الفسيولوجية لمادة (مثل عقار طبى أو اسراف تعاطى عقار) أو حالة طبية مرضية (نقص هرمون الغدة الدرقية).

هـ- الأعراض لاترجع لفقد عزيز، أو بعد فقد عزيز الأعراض ظلت لمدة أكثر من شهرين ،أو تميزت بخلل وظيفى ملحوظ أو انشغال مرضى بعدم القيمة أو أفكار انتحارية أو أعراض ذهانية أو تبلد نفس حركى .

وتوصف النوبة (وكذلك نوبة الهوس والنوبة المختلطة) بالاتى :

١- الشدة :

(١) خفيفة — (٢) متوسطة

(٣) شديدة بدون أعراض ذهانية — (٤) شديدة مع اعراض ذهانية

(٥) فى هدأة جزئية — (٦) فى هدأة كاملة

٢- المدة :

(١) مزمن مع أعراض كتاتونية

(٢) مزمن مع اعراض ذهاني

(٣) مزمن مع أعراض غير نمطية

(٤) مزمن مع بداية بعد ولادة (المزمن استمر لمدة سنتين على الاقل) .

٣- المسار للنوبات المتكررة :

(١) طويل مع أو بدو فترات شفاء تتخلل النوبات .

(٢) مع نمط فصلى

(٣) مع دورات سريعة.

البداية والمسار والمآل لاضطراب نوبة الاكتئاب الجسيم :

يكثر بدء الاكتئاب فى أواخر العشرينيات ولكن قد يبدأ فى أى سن بما فى ذلك الطفولة المبكرة والرضاعة وتتفأو ت البداية من فجائية إلى تدريجية (حيث تكتمل الاعراض على مدى أيام أو أسابيع) .. وتتفأو ت مدة الإكتئاب العظمى فالنوبة التى لا تعالج تظل مدة ستة شهور أو أكثر ومآل نوبات الاكتئاب هوالتحسن الكامل ويعود الشخص لسابق أدائه الوظيفى والاجتماعى ،ولكن فى عدد غير قليل من الحالات تظل بعض اعراض النوبة لمدة عامين دون تحسن لفترة شهرين أو أكثر وهذه النوبات تسمى النوع المزمن وبعض الناس يصابون بنوبة واحدة ولكن (٥٠٪) ممن يصابون بنوبة اكتئاب عظمى تعاودهم الاصابة بنوبات اخري وهم أكثر عرضه لحدوث الاضطراب ثنائى القطبية لهم ، وأهم مضاعفات الاكتئاب هوالانتحار .

التشخيص الفارق لنوبة الاكتئاب الجسيم :

١- **اضطراب الوجدان لسبب جسمانى (الاكتئابى):** الذى يكون بسببه عضوى الناشئ عن تعاطى عقار مثل (الرزربين) أو عن عدوى مرضية (مثل الانفلونزا) أو نقص افراز الغدة الدرقية .

٢- **الخرف التنكسى الأولى :** (مرض الزهيمر والخرف الناتج عن احتشاء متعدد) حيث أن اكتئاب الشيخوخة يشبه الخرف لوجود اضطراب اهتداء والتبلد والشكوى من صعوبة التركيز أو النسيان وإذا كانت الاعراض تشير الى الخرف اكثر من اكتئاب فان التشخيص يجب أن يكون خرف مع اكتئاب، أما اذا كانت الاعراض التى تشير الى اكتئاب تعادل تلك التى تشير الى خرف فان الافضل ان نشخص نوبة اكتئاب ونفرض أن أعراض الخرف كاذب ويعالج على انه اكتئاب فإذا تحسن تأكد التشخيص وإذا لم يتحسن فإن التشخيص المناسب هوخرف مع إكتئاب .

٣- **تفاعل نفسى لخلل وظيفى مرتبط بمرض عضوى :**(إعاقة وظيفية مثل مبتور الجل كعاهه جسمانية) .

٤- **الفصام:** عادة توجد بعض أعراض الاكتئاب مع الفصام ولكن اذا طرأت نوبة الاكتئاب على أعراض الفصام المتبقية أو حدث لفترة قصيرة خلال المرحلة النشطة للفصام فإن اضطراب الاكتئاب غير المحدد فى مكان آخر أو اضطراب التأقلم المصاحب باكتئاب قد يشخص ولكن لا تشخص نوبة اكتئاب عظمى .. أحيانا يصعب تمييز الفصام الكتاتوني المنسحب عن الإكتئاب وهنا نلجأ للأعراض الاحصائية مثل التاريخ الأسرى للاكتئاب ونوبة اكتئاب سابقة وشخصية متكاملة قبل المرض .

٥ - **الفصام الوجدانى:** توجد فيه فترات على الأقل مدة أسبوعين خلالها كانت توجد هلاوس أو ضلالات فى غياب اضطراب وجدانى بارز.

٦- **فقد عزيز غير مصحوب بمضاعفات :** لا يعتبر مرض عقلى فى حالة ظهور

أعراض اكتئاب والشعور بفقد القيمة والأفكار الانتحارية والاعاقة الوظيفية ولكن استمراره لمدة طويلة يشير إلى أن الفقد تحول الى نوبة اكتئاب عظمى .

ولوحظ وجود علاقة مبدئية بين بدء النوبة من الاضطراب ثنائى القطبية (بما فى ذلك ثنائى القطبية غير المحدد فى مكان اخر) أو نوبة الاكتئاب العظمى المترددة (بما فى ذلك الاضطراب الاكتئابى غير المصنف فى مكان اخر) وبين فترة ستون يوما معينة من السنة (مثل الظهور المنتظم للاكتئاب فى الفترة من بداية شهر اكتوبر الى نهاية شهر نوفمبر) وتحسن الاكتئاب (أو تحوله الى هوس أو هوس خفيف) الذى يحدث خلال فترة فبراير الى منتصف ابريل) .. وهذه الملاحظة أدت الى الأخذ فى الاعتبار للنمط الفصلى لاستكمال التوصيف الاكلينيكى لاضطرابات الوجدان على أن يتكرر ذلك فى ثلاث نوبات فى ثلاث سنوات منفصله أو على الأقل فى سنتين متتاليتين .

ثانيا : نوبة الهوس

Manic episode

وتتميز بالمرح المرضى والسرور الوجدانى(أو الاستثارة) الذى يسود خلال فترة محددة مع أعراض مصاحبة ويكون الاضطراب شديدا لدرجة ينتج عنه إختلال أداء الشخص لوظيفته المهنية والاجتماعية ،أو يلزم إدخاله مستشفى لمنعه من إيذاء نفسه والآخرين .

وتشمل الأعراض المصاحبة تضخم الذات أو الشعور بالعظمة (التى قد تصل لدرجة الضلال) ونقص الحاجة للنوم وزيادة الكلام وضغط الأفكار وكثرتها وتطايرها والتشتت وزيادة الاندماج فى الانشطة الموجهه لهدف، وزيادة النشاط الحركى والاغراق فى الأنشطة الترفيهيه المرحة والتى غالبا نتائجها مؤلمة، ولا يدركها تماما وذلك دون سبب عضوى وليس طارئا على اضطراب ذهانى (الفصام - الاضطراب فصامى الشكل - الاضطراب الضلالى - الاضطراب الذهانى غير

المصنف فى مكان آخر أو الفصام الوجدانى) .

والوجدان المرح قد يوصف كسرور وانشراح زائد عن الطبيعى ومعدى للملاحظ غير المندمج (أى يجعله مسرورا) ولكنه يوصف من قبل من يعرفون الشخص جيدا بأنه زائد عن الحد .. وقد يتسع الوجدان حيث يتحمس الشخص للتفاعل مع الناس دون انتقاء وقد تكون الاستثارة هى العرض المسيطر حيث تسهل استثارة المريض لأتفه الاسباب .

أما تضخم الذات فيتراوح من الثقة بالنفس التى لا تتحمل النقد إلى الشعور بالعظمة الذى قد يصل الى درجة الضلال لدرجة أن يعطى النصح للآخرين فى أشياء لا يعرف عنها شيئا (مثل كيف تحل مشاكل العالم الاقتصادية)، وبرغم نقص الموهبة والمعرفة فإنه قد يبدأ كتابة قصة أو تلحين موسيقى أو البحث عن الشهرة ببعض المخترعات ، وقد تشمل ضلالات العظمة علاقة خاصة مع الله أو مع شخص معروف سياسيا أو دينيا .

وتقل الحاجة للنوم إلى حد كبير حيث يستيقظ قبل موعده بساعات مكتمل الطاقة وقد يظل بلا نوم عدة أيام دون أن يشعر بتعب .

أما الكلام فى حالة الهوس فعادة بصوت مرتفع وسريع ويصعب مقاطعته وعادة ملئ بالنكات والقفشات والتلاعب بالالفاظ ، والاضحاك غير المناسب قد يصبح مسرحيا بأسلوب تمثيلى مع الغناء ويهتم بايقاع الألفاظ أكثر من معانيها والرابطة بين الأفكار رابطة شكلية فى إيقاع الألفاظ فقط، مع تطاير الأفكار مما يجعل الكلام غير متسق وإذا كان وجدان الشخص مستثارا أكثر من مرحة فان كلامه يتميز بالشكوي والتعليقات العدائية والتهديدات الغاضبة .

والتشتت يدل عليه سرعة التحول فى الكلام والنشاط كنتيجة الإستجابة للمثيرات الخارجية المختلفة غير المرتبطة معا، مثل الضوضاء المحيطة أو الصور على الحوائط .

وتشمل زيادة النشاط عديد من الخطط والمشاركة وانشطة عديدة (مثل

الجنسية والوظيفية والسياسية والدينية) وتزداد اجتماعيته فنيشئ علاقات جديدة ويتصل بأصدقائه فى كل ساعات الليل دون أن يعى أنه يقحم نفسه، عليهم وذلك لنقص حكمه على الأمور، بالاضافة إلى تصرفات حمقاء وسلوك جنسى غير معتاد وإرتداء ملابس غير مألوفة ذات ألوان زاهية ووضع مساحيق التجميل بصورة مفرطة (فى حالات الإناث)، كما يوزع ما يملكه من طعام أو نقود على العابرين الغرباء فيما يسمى بالسلوك الممتد .

والأعراض المصاحبة تشمل عدم الاستبصار بمرضه ورفض العلاج مع هلاوس واضحة المحتوى المتوافق مع الوجدان السائد عادة وضلالات التى قد تكون ذات محتوى اضطهادى ومبنية على فكرة أن الشخص مضطهد بسبب وضعه المميز وعلاقاته الخاصة، ونادرا ما يكون محتوى الضلالات والهلاوس غير متوافق مع الوجدان السائد وقد توجد اعراض كتاتونية أو ذهول أو بكم أو سلبية الحركة.

وفى حالة نوبة الهوس الخفيف تكون الأعراض مشابهه ولكن شدتها أقل كثيرا ولا تصاحبها ضلالات .

وتشخص بالدلالات الآتية :

أ- فترة محددة من المرح أو اتساع المزاج أو استثارته غير الطبيعية التى ظلت لمدة أسبوع (أو أى مدة إذا استدعى الأمر تنويمه بمستشفى) .

ب- خلال فترة اضطراب الوجدان ثلاثة أو اكثر من الأعراض الآتية) أربعة اذا كان الوجدان مستثارا فقط (وظلت لدرجة هامة) :-

١- تضخم الشعور بالذات أو العظمة .

٢- نقص الحاجة للنوم (يشعر بالراحة بعد ٣ ساعات نوم فقط) .

٣- يتحدث أكثر من المعتاد (يتكلم) أو ضغط الكلام عنده لا يتوقف.

٤- تطاير الافكار أو شعور ذاتى أن أفكاره (racing) متميزة.

٥- التشتت (يسهل تشتته من مثيرات تافهة خارجية) .

٦- زيادة النشاط الحركى الهادف (إما اجتماعيا أو النمل أو جنسيا) أو فوران نفسى حركى.

٧- الاندماج المفرط فى أنشطة سارة لها نتائج مؤلمة(ارتكاب حماقات جنسية أو التورط فى أعمال فاشلة ، أو الانخراط فى صخب شراء غير محكوم).

جـ- الاعراض لاتتفق مع مواصفات النوبة المختلطة.

د- اضطراب الوجدان يكفى لأن يسبب خللا ملحوظا اجتماعيا ووظيفيا أو يستلزم ادخاله مستشفى لمنع أذاه لنفسه وللآخرين أو لوجود أعراض ذهانية.

هـ - الاعراض لاترجع الى تأثيرات فسيولوجية مباشرة لمادة (مثل الاسراف فى تعاطى عقار أو عقار طبى كعلاج) أو حالة مرضية جسماني (مثل : زيادة هرمون الغدة الدرقية) .

ملحوظة : النوبات التى تشبه الهوس التى تتسبب عن مضادات الاكتئاب (مثل عقاقير - جلسات كهرباء -علاج ضوئى) لايجب أن تعد فى اتجاه تشخيص الاضطراب ثنائى القطب I

البداية والمسار والمآل :

عادة تبدأ نوبات الهوس فى بداية العشرينات وإن كان هناك حالات تظهر بعد سن الخمسين وتكون البداية فجائية وسرعان ما تشتد الأعراض وتصبح خطيرة وتظل من أيام إلي شهور وتنتهى فجأة .. وأثناء إشتداد الأعراض يحتاج إلى حمايته من الاضرار بنفسه وبمن حوله لسؤ حكمه على الأمور وكثرة حركته، وهذا ما يستدعى حجزه إجباريا فى مستشفى، ومن أهم مضاعفات نوبة الهوس إدمان المواد المخدرة وما ينتج عن ذلك من أضرار .

التشخيص الفارق لنوبة الهوس

١- اضطراب الوجدان بسبب جسمانى أو مادة وله سبب عضوى بدأ الاضطراب أو حافظ على استمراره (مثل تعاطي أمفيتامين أو الاسترويدات أو التصلب المتناثر).. واذا رسبت نوبة الهوس بمضادات الاكتئاب أو الصدمات الكهربائية تشخص كنوبة هوس (غير عضوى) وكذلك هوس ما بعد الولادة .

٢- اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة حيث أن كثرة الحركة وعدم الاستقرار قد يوحى بنوبة هوس، ولكن الوجدان غير مضطرب وليس لهذا الاضطراب بداية محددة مثل الهوس .

٣- الفصام (النوع الاضطهادى) فقد توجد سرعة استثارة وغضب واعراض ذهانية ،الأمر الذي يجعل التمييز بينهما صعبا وفى هذه الحالة نلجأ للاعراض المميزة الاحصائية، مثل وجود تاريخ عائلى لاضطراب الوجدان أو تاريخ لنوبة سابقة شفى منها تماما لترجيح تشخيص الهوس .

٤- نوبات الهوس الخفيف حيث يكون اضطراب الوجدان لا يكفى لإحداث إعاقة اجتماعية أو وظيفية أو يلزمه الحجز فى مستشفى .

ثالثا : النوبة المختلطه

Mixed episodes

وتميزها المواصفات الآتية :

أ- المواصفات تتفق مع كل من نوبة الهوس ونوبة الاكتئاب (عدا المدة) وتقريبا كل يوم خلال أسبوع على الأقل.

ب- اضطراب الوجدان يسبب خللا إجتماعيا ووظيفيا. أو يستدعى تنويمه بمستشفى لمنع إيذاء نفسه والآخرين أو لوجود أعراض ذهانية .

ج- الاعراض لاترجع لتأثيرات فسيولوجية مباشرة لمادة مثل الإسراف فى تعاطى

عقار أو عقار طبى كعلاج أو حالة طبية مرضية (مثل زيادة نشاط الدرقية) .

ملحوظ : النوبات التى تشبه الهوس التى تسبب عن مضادات الاكتئاب (مثل عقاقير - جلسات كهرباء- علاج ضوئى) لايجب أن تعد فى اتجاه تشخيص الاضطراب ثنائى القطب I

رابعا : الهوس الخفيف

Hypomanic episode

وتميزها المواصفات الآتية :

أ- فترة واضحة من ارتفاع أو إتساع الوجدان أو استثارته تظل على الأقل أربعة أيام التى تختلف بوضوح عن المعتاد غير المكتئب .

ب- خلال فترة اضطراب الوجدان ثلاثة أو أكثر من الأعراض الآتية : وأربعة إذا كان الوجدان مستثارا (وتوجد لدرجة هامة) .

١- تضخم الشعور بالذات أو العظمة .

٢- نقص الحاجة للنوم (يشعر بالراحة لنوم بعد ٣ ساعات فقط) .

٣- يتكلم أكثر من المعتاد أو ضغط يجعله يتكلم طول الوقت.

٤- تطاير الافكار أو خبرة ذاتية من أن الافكار متزايدة .

٥- التشتت يشد انتباهه بسهوله بواسطة مثيرات خارجية تافهة.

٦- زيادة النشاط الحركى الهادف (إما اجتماعيا أو فى العمل أو جنسيا) أو فوران نفسى حركى

٧- الانعماس فى أنشطة سارة لها نتائج مبدئية مؤلمة.

جـ- النوبة مرتبطه بتغير الى حد ما فى أدائه الوظيفى الذى كان قبل ظهور الاعراض .

د- الاضطراب الوجدانى والتغير الوظيفى ملحوظ بواسطة الآخرين .

هـ- النوبة ليست شديدة لدرجة احداث خلل اجتماعى أو وظيفى ملحوظ ولاتوجد اعراض ذهانية.

و - الاعراض ليست بسبب تأثيرات فسيولوجية مباشرة لمادة تعاطى عقار باسراف أو عقار طبى علاجى أو حالة مرضية جسمانية (زيادة نشاط الدرقية) .

ملحوظة: النوبات التى تشبه الهوس التى تتسبب عن مضادات الاكتئاب (مثل عقاقير- جلسات كهرباء - علاج ضوئى) لايجب أن تعد فى اتجاه تشخيص الاضطراب ثناثى القطب I

الاضطرابات الاكتئابية

إضطراب الاكتئاب الجسيم (نوبة وحيدة)

Major Dep. Dis. Single episode

ويتميز بالسمات التشخيصية الآتية :

أ- وجود نوبة اكتئاب جسيم واحدة.

ب- ليس سببها فصام وجدانى وليست طارئة على فصام أو اضطراب فصامى الشكل أو اضطراب ضلالى أو اضطراب ذهانى غير مصنف فى مكان آخر.

جـ- لاتوجد نوبات هوس إطلاقا أو نوبات مختلطة أو هوس خفيف.

يحدد بالمحددات السابقة من حيث - الشدة - مزمن مصاحب بأعراض كتاتونية- ميلانخوليا-غير نمطية أو فى نفاس.

نوبة الاكتئاب المتـرددة

Major Depressive Disorder, Recurrent

وتميزها المواصفات الآتية :

أ- وجود اثنتان أو أكثر من نوبات الأكتئاب ، ملحوظة لكى تعد نوبتان منفصلتان يجب أن تتخللهما فترة شهرين متتابعين لاتوجد فيهما أعراض نوبة الاكتئاب الجسيم .

ب- نوبة الاكتئاب الجسيم لاتعد جزءا من الفصام الوجدانى وليست طارئة على فصام أو اضطراب فصلى الشكل أو اضطراب ضلالى أو اضطراب ذهانى غير محدد فى مكان آخر .

جـ- لم تحدث نوبة هوس إطلاقا أو نوبة مختلطة أو هوس خفيف (لايطبق هذا فى حالة التأثير من مادة أو حالة مرضية جسمانية .

- يحدد الشدة و الأعراض الذهانية والتحسن .

مزمن مصاحب باعراض كتاتونية ملاتخوليا أعراض غير نمطية أو بعد ولادة .

ويحدد المسار - مع أو بدو فترات شفاء بين النوبات .

- النمط الفصـلى .

الدسـثيميا

Dysthymic Disorder

وهو اضطراب الوجدان المزمن الذى يتضمن إكتئاب (أو إستثارة الوجدان فى الأطفال والمراهقين) أغلب فترات اليوم وفى أغلب الأيام ولمدة سنتان على الأقل فى الراشدين (وسنة على الأقل فى الاطفال والمراهقين) .. بالإضافة إلى بعض الأعراض المصاحبة الآتية نقص الشهية أو زيادتها أرق أو زيادة النوم نقص الطاقة والشعور بالاجهاد نقص اعتبار الذات ، صعوبة التركيز ، صعوبة إتخاذ

القرارات والشعور بالعجز .. ولتشخيص هذا الاضطراب يجب أن تظل الأعراض مدة سنتان لا تختفى خلالها مدة تزيد عن شهرين ولا تتفق مواصفاته مع نوبة الاكتئاب الجسيم خلال مدة السنتين ،وأن لا يكون طارئا على اضطراب ذهانى مزمن مثل الفصام، وأن لا يكون راجعا إلى سبب جسمانى أو مادة .

كثيرا ما يكون السبب الظاهرى للاكتئاب العصابى هو إضطراب نفسى غير وجدانى(شخص على المحور الأول) مثل القهم العصابى أو إضطراب التبدين أو القلق أو ادمان مادة ،أو يكون اضطراب جسمانى (مشخص على المحور الثالث) مثل التهاب المفاصل الروماتيزمى .. هذه الحالات من الاكتئاب العصابى تسمى النوع الثانوى، بينما تلك التى لا تعود الى اضطراب آخر تسمى النوع الأولى .

يبدأ الإكتئاب العصابى بداية غير واضحة وقد تكون قبل سن الحادية والعشرين وتسمى البداية المبكرة، وقد تكون عند هذه السن أو بعدها وتسمى البداية المتأخرة والمسار المزمن، وغالبا ما يطرأ على المصابين بهذا الاضطراب نوبات الاكتئاب الجسيم ويطلق عليه الاكتئاب المتضاعف (Double Depres-sion)، وهذا ما يجعلهم يبحثون عن العلاج وفى هذه الحالة يوضع التشخيصان ، لأن الاكتئاب العصابى سوف يظل بعد تحسن نوبة الاكتئاب الجسيم .

والإعاقة التى يسببها هذا الاضطراب طفيفة لأنه مزمن ونادرا ما يحتاج المريض لدخول مستشفى ونظرا لأن هذه الاضطراب مزمن، فإن أخطر مضاعفاته هو الادمان كمحاولة من المريض لعلاج نفسه بتعاطى المنشطات .

وفى حالة الاطفال والمراهقين يتأثر التفاعل الاجتماعى ويصبحون أكثر خجلا وسلبية أو عنادا وغضبا وقد يتأثر إنجازهم الدراسى .

وتميزالدستيميا بالسمات التشخيصية الآتية :

أ- اكتئاب لأغلب فترات اليوم أغلب الأيام كما يقرر مس الشخص نفسه أو من الملاحظين لمدة لاتقل عن سنتين (فى الاطفال والمراهقين الوجدان يمكن يكون مستثارا والمدة على الأقل سنة) .

ب- خلال فترة الاكتئاب اثنتان أو اكثر مما يلى :

١- فقد الشهية أو زيادتها.

٢- أرق أو زيادة النوم.

٣- نقص الطاقة أو الاجهاد .

٤- نقص اعتبار الذات.

٥- نقص التركيز أو صعوبة صنع القرار .

٦- الشعور بالعجز .

جـ- خلال فترة السنتين (سنة للاطفال والمراهقين) من الاضطراب لم يكن الشخص بدون الأعراض السابقة لمدة أكثر من شهرين.

د- لا توجد نوبات إكتئاب خلال عامين من الإضطراب (سنة بالنسبة للاطفال والمراهقين) لم يكن الاضطراب جزءا اضطراب الاكتئاب الجسيم المرض أو الاكتئاب الجسيم أو الذى فى هدأة .

هـ- عدم وجود نوبات هوس أو مختلطة أو هوس خفيف ولايتفق مع مواصفات الاضطراب الدورى الوجدانى .

و- الاضطراب لايحدث خلال مسار إضطراب ذهانى مزمن مثل الفصام أو الاضطراب الضلالى .

ع- الأعراض لاترجع الى تأثيرات فسيولوجية مباشرة لمادة (اسراف مادة أو عقار طبى) أو حالة مرضية جمسانية(مثل نقص نشاط الدرقية).

ل- الاعراض تسبب ازعاجا اكلينيكيا أو اعاقة اجتماعية أو وظيفية.

يحدد - ذو بداية مبكرة قبل سن ٢١ سنة

- ذو بداية متأخرة بعد سن ٢١ سنة

يحدد (للحالات الحديثة) - مصاحب بأعراض غير نمطية.

التشخيص الفارق للاكتئاب العصابى

١- يصعب تمييزه بصفه خاصة من نوبات الاكتئاب الجسيم لأن اعراضهما واحدة، فنوبة الاكتئاب الجسيم يقل فيها أداء الشخص المعتاد بصورة ملحوظة، بينما الاكتئاب العصابى خفيف الشدة وقد لا يؤثر على أداء الشخص، ويظل لعدة سنوات .. وعندما تطرأ نوبة اكتئاب جسيم (أوما يسمى بالاكتئاب المتضاعف)يوضع التشخيصان معا .

٢- تغيرات الوجدان الطبيعية وهى لا تؤثر بأى درجة على أداء الشخص وليست شديدة أو متكررة .

الإضطراب ثنائى القطب I ، نوبة هوس وحيدة

Bipolar I Dis., single Manic episode

وتميزه السمات التشخيصية الآتية :

أ- وجود واحدة فقط من نوبات الهوس ولايوجد تاريخ سابق لنوبات اكتئاب جسيم.

ب- نوبة الهوس لاتعد جزءا من اضطراب الفصام الوجدانى وليست طارئة على فصام أو اضطراب فصامى الشكل أو اضطراب ضلالى أو اضطراب ذهانى غير محدد فى مكان آخر .

يحدد اذا كانت الاعراض تتفق مع نوبة مختلطة Mixed

يحدد للحالات الحديثة

- الشدة ، الذهانية ، الهوادة .

- مع اعراض كتاتوتية .

- مع بداية عقب الولادة .

الاضطراب ثنائى القطب I ، أحدث نوبة هوس خفيف

Bipolar I Dis. most Recent Episode Hypomanic

وتميزه السمات التشخيصية الآتية :

أ- حديثا فى نوبة هوس .

ب- سبقها على الأقل نوبة هوس أخرى أو نوبة مختلطة .

جـ- الأعراض الوجدانية تسبب ازعاجا اكلينيكيا أو خلل وظيفى أو اجتماعى .

د- نوبات الوجدان من الاعراض السابقة لاتعد ضمن الفصام الوجدانى وليست طارئه على الفصام أو الاضطراب فصامى الشكل أو الاضطراب الذهانى غيرالمحدد فى مكان آخر .

يحدد - ذو نمط فصلى.

- مع دورات سريعة.

يحدد - طول المسار مع فترات شفاء بين النوبات أم لا- مع نمط فصلى أم لا .

الاضطراب ثنائى القطب I، أحدث نوبة هوس

Bipolar I Disorder, Most recent Episode Manic

وتميزه السمات التشخيصية الآتية :

أ- حاليا أو حديثا جدا فى نوبة هوس .

ب- يوجد نوبة سابقة لنوبة اكتئاب جسيم أو نوبة هوس أو نوبة مختلطة.

جـ- نوبات الوجدان السابقة لاتعد جزءا من الفصام الوجدانى وليست طارئة على فصام أو اضطراب فصامى الشكل أو اضطراب ضلالى أو ذهانى غير محدد فى مكان آخر.

يحدد - الشدة - الذهانية - الهوادة

- مع أعراض كتاتونية .
- بعد الولادة .

يحدد - المسار الطولى (مع أو بدون فترات شفاء)

- مع نمط فصلى - مع دورات سريعة .

الإضطراب ثنائى القطب I، أحدث نوبة مختلطة

Bipolar I Disorder, Most Recent Episode Mixed

وتميزه السمات التشخيصية الآتية :

أ- حديثا أو حاليا نوبة مختلطة.

ب- يوجد تاريخ سابق لنوبة على الأقل من الاكتئاب الجسيم أو الهوس أو المختلط.

جـ- نوبات الوجدان السابقة (أ ، ب) لاتعد ضمن اضطراب الفصام الوجدانى أو

طارئة على الفصام أو فصامى الشكل أو اضطراب ضلالى أو ذهانى غير محدد فى مكان آخر .

يحدد - الشدة - الذهانية - كالسابق.

الاضطراب ثنائى القطب I، أحدث نوبة اكتئاب

Bipolar I Dis., Most Recent Episode Depressed

وتميزه السمات التشخيصية الآتية :

أ- حاليا أو حديثا نوبة اكتئاب جسيم .

ب - يوجد نوبة سابقة على الأقل هوس أو مختلط .

جـ - نوبات الوجدان السابقة (أ،ب) لاتعد ضمن اضطراب الفصام الوجدانيأو طارئة على الفصام أو فصامى الشكل أو اضطراب ضلالى أو ذهانى غير محدد فى مكان آخر .

يحدد - الشدة - الذهانية - كالسابق.

الاضطراب ثنائى القطب I، أحدث نوبة غير محددة

Bipolar I Disorder, Most Recent Episode Unspecified

وتميزه السمات التشخيصية الآتية :

أ- كل الأعراض الموجودة بخلاف المدة تتفق مع مواصفات الهوس أو الهوس الخفيف أو الاكتئاب الجسيم .

ب- توجد على الأقل نوبة سابقة من الهوس أو الاكتئاب الجسيم .

جـ- الأعراض الوجدانية السابقة (أ،ب) تعد مع اضطراب الفصام الوجدانى وليست طارئة على الفصام أو فصامى الشكل أو اضطراب ضلالى أو ذهانى

غير محدد فى مكان آخر.

د- الأعراض الوجدانية ليست بسبب تأثيرات مباشرة فسيولوجية لمادة (إسراف عقار أو علاج طبى) أو حالة طبية مرضية جسمانية .

يحدد طول المسار (مع أو بدون فترات شفاء) .

- مع نمط فصلى

- مع دورات سريعة.

الاضطراب ثنائى القطب II

BIPOLAR II DISORDER

وتميزه السمات التشخيصية الآتية :

أ- وجود أو تاريخ لنوبة اكتئاب جسيم .

ب- وجود أوتاريخ لنوبة هوس خفيف على الأقل .

جـ- لم تحدث إطلاقا نوبة هوس أو نوبة مختلطة .

د- الأعراض الوجدانية السابقه(أ،ب) لا يمكن أن تعد ضمن اضطراب فصام وجدانى وليست طارئه على الفصام أو فصامى الشكل أو اضطراب ضلالى أو ذهانى غير محدد فى مكان آخر.

هـ- الأعراض تسبب إنزعاجا إكلينيكيا أوخللا إجتماعيا أو وظيفيا .

يحدد هل النوبة الأحدث أو الحالية

- هوس خفيف - اكتئاب

كما تحدد الشدة / الذهانية / الهوادة - مزمن

- مع اعراض كتاتوتية - مع ميلانخوليا - مع أعراض غير نمطية مع بداية بعد ولادة

ويحدد أيضا

- مسار طويل(فترات شفاء)
- نمط فصلى - دورات سريعه

التشخيص الفارق للاضطراب ثنائى القطبية :

١- السيكلوثيميا : حيث توجد نوبات عديدة من الاكتئاب الوجدانى أو فقد الاهتمام والاستمتاع الذى لا يتفق مع مواصفات نوبة الاكتئاب الجسيم.

الاضطراب الـدورى

Cyclothymic Disorder

ويتسم هذا الاضطراب بالوجدان المضطرب المزمن الذى استمر على الأقل مدة سنتان (أو سنة واحدة فى الأطفال والمراهقين) شاملا عديدا من نوبات الهوس الخفيف، وفترات عديدة من الاكتئاب الوجدانى أو فقد الاهتمام والاستمتاع بدرجة شدة أو مدة لا تكفى لتشخيص نوبة الاكتئاب الجسيم أو نوبة الهوس .. ويلزم لكى تشخص السيكلوثيميا أن تكون المدة سنتان على الأقل (أو سنة واحدة فى حالة الأطفال والمراهقين)،ولا يخلو فيها من الأعراض الهوسية الخفيفة أو الاكتئابية مدة تزيد عن شهرين،ولا يوجد برهان واضح على نوبة هوس أو إكتئاب جسيم خلال السنتين الأول من الاضطراب،(فنوبة هوس سوف تشير إلى اضطراب ثنائى القطبية ونوبة الإكتئاب الجسيم دون نوبة هوس سوف تشير إلى اضطراب ثنائى القطبية غير المحدد فى مكان آخر)..بالاضافة الى أن السيكلوثيميا لا تشخص اذا كانت طارئة على اضطراب ذهانى مزمن (مثل الفصام) أو وجد سبب عضوى بدأ الاضطراب أو جعله يستمر .

ومن الجدير بالذكر أن الحدود بين الاضطراب ثنائى القطبية والسيكلوثيميا

غير واضحة،ويعتقد بعض الباحثين أن السيكلوثيميا شكل خفيف من الاضطراب ثنائى القطبية .

وتشبه الأعراض المصاحبة تلك المصاحبة لنوبة الهوس والإكتئاب العظمى عدا أنه لا يوجد خلل واضح فى الوظيفة المهنية والاجتماعية، بل فى بعض الحالات يكون الشخص اكثر انتاجا وظيفيا واندماجا اجتماعيا خلال نوبة الهوس الخفيف.. ويشيع الادمان كعرض مصاحب لمحاولة علاج النفس بالمهدئات والكحوليات والمنشطات .

عادة يبدأ اضطراب السيكلوثيميا فى المراهقة أو بداية الرشد وتكون البداية غير واضحة والمسار مزمن ، ويضطرب أداء الشخص الوظيفى والاجتماعى خلال فترات الاكتئاب، ولكن إلى درجة تقل كثيرا عن ما يحدث فى نوبات الاكتئاب الجسيم، وقد يتحول هذا الاضطراب إلى اضطراب ثنائى القطبية أو نوبات هوس أو اكتئاب .

وتميزه السمات التشخيصية الآتية :

أ- مدة سنتان على الأقل من وجود فترات متعددة من الهوس الخفيف وفترات متعددة من اعراض الاكتئاب لاتتفق مع مواصفات الاكتئاب الجسيم (الأطفال سنة واحدة) .

ب- خلال السنتين السابقتين (أ) (أو السنه الماضية فى الاطفال) الشخص لم يخلو من اعراض(أ) لمدة أكثر من شهرين.

جـ- لاتوجد نوبات اكتئاب جسيم ، أو هوس أو مختلطه خلال العامين الأول من الاضطراب.

ملحوظة: بعد السنتين يمكن أن يطرأ هوس أو نوبه مختلطه (التى يمكن أن تشخص ثنائى القطب I مع السيكلوثيميا) أو نوبه اكتئاب جسيم (الذى فيه

ثنائى القطب II وسيكلوثيميا) .

د- الأعراض السابقه فى (أ) لايمكن أن تعد ضمن اضطراب الفصام الوجدانى وليست طارئه على الفصام أو الاضطراب فصلى الشكل أو الضلالى.

هـ- لا ترجع لتأثيرات فسيولوجيه مباشره لمادة أو مرض جسمانى.

و- الأعراض تسبب انزعاجا اكلينيكيا أو خللا اجتماعيا ووظيفيا .

إضطراب ثنائى القطب غير المحدد فى مكان آخر

يشمل الاضطرابات ثنائية القطب التى لاتتفق مع الاضطرابات المحددة مثل

١- التقلب السريع (فى اليوم الواحد) بين اعراض الهوس واعراض الاكتئاب ولاتتفق مع الهوس أو الاكتئاب الجسيم.

٢- نوبات الهوس الخفيف المتكررة دون اكتئاب بينها.

٣- نوبة هوس أونوبة مختلطة طرأت على اضطراب ضلالى أو فصام متبقى أو ذهانى غير محدد فى مكان آخر.

٤- الحالات التى لايمكن الحزم بأنها أوليه أو بسبب عقاقير أو حالة مرضية جسمانية.

اضطرابات الوجدان الأخرى

اضطراب الوجدان بسبب حالة مرضية جسمانية

Mood Disorder due to general medical condition

وتميزه السمات التشخيصية الآتية :

أ- الاضطراب ثابت وبارز فى الوجدان وتيميز بأى مما يلى أو كلاهما :-

١- اكتئاب الوجدان أو نقص شديد فى الإهتمامات أو السرور فى كل أو

أغلب الانشطه.

٢-إتساع أو ارتفاع أو استثاره الوجدان.

ب- يوجد برهان من الفحص أو التاريخ أو التحليل المعملى أن الاضطراب هو تأثير مباشر لتأثيرات فسيولوجية بسبب حالة مرضية جسمانية.

جـ- الاضطراب يفضل أن لايعد ضمن اضطراب عقلى آخر مثل (اضطراب التأقلم المصاحب باكتئاب) .

د- الاضطراب ليس جزءا من مسار الهذيان.

هـ- الاعراض تسبب انزعاجا اكلينيكيا أو خللا اجتماعيا أو وظيفيا.

يحدد - مصاحب بأعراض اكتئابية

- مصاحب بما يشبه نوبة الاكتئاب العظمى .
- مصاحب باعراض هوس .
- مصاحب باعراض مختلطه .

يذكر المرض الجسدى المسبب للحالة على المحور I، وتذكر أيضا على المحور III

اضطراب الوجدان بتأثير مادة

Substance Induced Mood Disorder

وتميزه السمات التشخيصية الآتية :

أ- أعراض مسيطرة وثابته من اضطراب الوجدان وتتميز بالاتى :-

١- اكتئاب أو نقص ملحوظ فى الاهتمامات أو الانشطه السارة .

٢- الوجدان يتسع أو يرتفع أو يستثار .

ب- يوجد برهان من التاريخ أو الفحص الجسمانى أو المعملى إما :

١- الاعراض فى (أ) تحدث خلال شهر من تعاطى المادة أو انسحابها.

٢- تعاطى العقار له علاقة سببيه بحدوث الاضطراب.

جـ- الاضطراب لايحدث خلال مسار الهذيان.

هـ- الاعراض تسبب ازعاجا اكلينيكيا أو خللا اجتماعيا أو وظيفيا.

يحدد - المصاحب باعراض اكتئابية - أو هوسية أو مختلطة.

يحدد - مع بداية خلال انسمام أو انسحاب

اضطراب الوجدان غير المحدد فى مكان آخر

وهوغير المتفق مع أى مما سبق وصفه.

ملحوظة : النوع الميلانخولى يتحدد بخمسةعلى الأقل مما يلى :

١- فقد الاهتمام أو الاستمتاع فى كل الانشطة تقريبا .

٢-لا يتفاعل مع المثيرات الباعثة عن السعادة .

٣-يكون الاكتئاب أسوأ ما يمكن فى الصباح الباكر .

٤-ينتابه الأرق فى الصباح الباكر (يستيقظ مبكرا عن موعده بساعتين على الأقل) .

٥- التبلد الحركى أو الفوران الداخلى .

٦-نقص الشهية المرضى أو فقد الوزن الأكثر من (٥٪) من وزن الجسم فى مدة شهر .

٧-ليس لديه اضطراب شخصية قبل نوبة الاكتئاب .

٨-وجود تاريخ سابق لنوبة أو أكثر من نوبات الاكتئاب الجسيم وتم الشفاء منها تماماً .

٩-استجاب جيداً لأنواع معينة من علاجات(عقاقير مضادة للاكتئاب أو الصدمات الكهربائية المحدثة للتشنجات)

اكتئاب ما بعد الذهان

Post-Psychotic Depression

وهو ليس تشخيص ثابت فى الدليل الاحصائى الأمريكى الرابع ، فمثلا فى الفصام هو يشبه الاعراض المتبقية ، أو هو تاثيرات جانبية تنشأ عن مضادات الذهان المستخدمة فى علاج الفصام ،كما يصعب تمييزه من اضطراب الفصام الوجدانى النوع الاكتئابى .. ومواصفاته هى مواصفات نوبة الاكتئاب الجسيم التى تحدث خلال المرحلة المتبيقية من الفصام، والاعراض ليست بسبب تأثير مادة أو جزء من اضطراب الوجدان أو بسبب حالة مرضية جسمانية .

انتشار الاضطرابات الوجدانية :

يعد الاكتئاب من أكثر الامراض النفسية شيوعا بين البالغين حيث تصل نسبة الاصابة بالاكتئاب فى وقت مامن حياة البالغين (٢٠٪)لدى الإناث و(١٠٪)لدى الذكور، وتصل نسبة المصابين به فى وقت ما(٩ر٢-٥ر٤)من الاناث و(٣ر٢-٢ر٣٪)من الذكور، ومعدل الانتشار العام(٣- ٥٪)والنساء يصبن به أكثر من الرجال، ويفسر ذلك بأن النساء أكثر تعبيرا عن انفعالاتهن من الرجال ، ولذا فإنهن يظهرن الحزن والتعاسة أكثر من الرجال بينما يلاحظ أن التعرف على الاكتئاب لدى الرجال أكثر صعوبة، ويشير بعض الباحثين أن معدل الإنتشار المرتفع لتعاطى مادة(الإدمان) بين الرجال يمكن أن يكون مكافئا للإكتئاب أو اكتئاب مقنع ، وقد يكون السبب هو ما تتعرض له المرأة من ضغوط خاصة بها مثل الحمل والولادة والشعور بالعجز أو القهر فى بعض المجتمعات، بالإضافة إلى ما تتعرض له من تغيرات هرمونية مع الدورة الشهرية ..ويستوى الذكور والإناث

فى انتشار الاضطراب ثنائى القطبية بينهم .

ويحدث الإكتئاب فى كل الأعمار بما فى ذلك الطفولة ولكن نسبة (٥٠٪) يصابون بين العشرين والخمسين (بمتوسط عام ٤٠ سنة)، بينما يكون الاضطراب ثنائى القطبية قبل هذه السن بمتوسط عام ثلاثون عاما .

ويكثر الاكتئاب والاضطراب ثنائى القطبية بين المطلقين والأرامل والمهاجرين حديثا ، وتنتشر الاضطرابات الوجدانية بين جميع الطبقات الاجتماعية ،وتزداد بين الأقارب من الدرجة الأوليللمصابين بها .

ويعد الإكتئاب من أهم أسباب الإنتحار فلقد لوحظ (٥٠-٧٠٪) ممن انتحروا كانوا يعانون من الاكتئاب .

وبالنسبة للاضطراب الدورى (سيكلوثيميا) والاكتئاب العصابى (ديستيميا) فإن الدراسات الانتشارية لهما قليلة، وذلك لجدتهما ضمن تصانيف الاضطرابات الوجدانية.

أسباب الاضطرابات الوجدانية :

أجريت دراسات عديدة لكشف اسباب الاضطرابات الوجدانية تنأو لت النواحى البيولوجية والنفسية والاجتماعية، ولكن مازالت الأسباب غير معروفة ولوحظ تضافر عوامل مختلفة بيولوجية ونفسية واجتماعية .

أولا : العوامل البيولوجية :

١- الجينات الوراثية :

كشفت الدراسات الأسرية ودراسات التوائم عن أدلة تشير إلى وجود عامل جينى له دور هام فى نقل الإضطرابات الوجدانية .

فلقد لوحظ أن الإكتئاب والإضطراب ثنائى القطبية ينتشران فى عائلات

معينة حيث أن حوالى (٥٠٪)على الأقل من مرضى الاضطراب ثنائى القطبية يكون أحد الأبوين مصابا باضطراب الوجدان ، واذا كان أحد الوالدبن مصابا فان أى طفل له يكون معرضا للاصابة باضطراب الوجدان بنسبة (٢٧٪)وتزيد هذه النسبة إلى (٥٠-٧٠٪)إذا كان كلا الوالدين مصابا بإضطراب الوجدان .. كما لوحظ فى دراسات التبنى أن هناك علاقة فى اصابة الاطفال المتبنين باضطراب الوجدان تناسب الآباء البيولوجيين دون الآباء بالتبنى .

وتشير دراسات التوائم عن معدل تطابق للاضطراب ثنائى القطبية يصل الى (٦٧٪)فى التوائم المتماثلة و يقل الى (٢٠٪) فقط فى حالات التوائم غير المتماثلة.

واستنتج من ذلك أهمية الأصول الجينية فى حدوث الاضطرابات الوجدانية، وافترض أنه جين أحادى سائد أو أنه متعدد الأساس الجينى، كما افترض أنه يرتبط بالجين الأنثوى وذلك لشيوع هذه الاضطرابات أكثر بين النساء .

وبواسطة استخدام فنيات البيولوجيا الجزيئية لوحظ ارتباط بين الاضطراب ثنائى القطب وعلامة جينية فى الكروموسومات ٥،١١، X، حيث أن جين مستقبل الدويامين رقم ١ (D1) يقع على الكروموسوم رقم ٥، وجين التيروسين هيدروكسيلاز (الانزيم المحدد لتخليق الكاتيكولامين) يقع على الكروموسوم رقم ١١ .

٢- الأمينات الحيوية :

لوحظ وجود علاقة سببية بين الأمينات الحيوية فى الدماغ و بين الاضطرابات الوجدانية وذلك من خلال ما يلى :

- نقص الأمينات الحيوية ينتج عنه مرض الاكتئاب كما فى حالة تعاطى الرزربين

- وجود اختلال فى مخلفات أيض الأمينات الحيوية[١] فى الدم والبول والسائل النخاعى الشوكى لمرضى اضطراب الوجدان .

- ملاحظة نقص ناتج أيض النورأدرينالين فى مرضى الاكتئاب بينما يكون مرتفعا فى (٥٠٪)من مرضى الهوس .. كما أن العلاقة المقترحة بين التنظيم التقليلى(Down-Regulation) لمستقبلات البيتا الأدرينالية والاستجابة الاكلينيكية لمضادات الاكتئاب هى المؤشر الوحيد للدور المباشر للنورأدرينالين فى الاكتئاب.

وكذلك تنشيط مستقبلات ألفا٢قبل المشبكية الادرينالينية يقلل من افراز الأدرينالين ، وهى موجوده على عصبونات السيروتونين وتنظم كمية السيروتونين المفرزة ، كما أن وجود مضادات اكتئاب فعالة وذات مفعول أدرينالينى خالص مثل(Desipramine) يدعم دور النورأدرينالين فى باثوفسيولوجيا أعراض الاكتئاب.

- نقص السيروتونين يرسب الاكتئاب.

- بعض مرضى الاكتئاب الذين يعانون ميولا انتحارية لذيهم نقص فى تركيز السيروتونين فى السائل النخاعى الشوكى (مخلفات أيض) ونقص تركيزه فى الصفائح الدموية. . ومع أن مضادات الاكتئاب التى تنشط السيروتونين تعمل أساسا على قفل آلية إعادة أخذ السيروتونين ،فإن أجيالا جديدة من مضادات الاكتئاب قد يكون لها تأثيرات أخرى على نظام السيروتونين شاملا مضاد لمستقبل السيروتونين رقم٢(5-HT.2) مثل (Nefazodone)(Serzone)أو مدعما لفعل مستقبل السيروتونين رقم 1A(5-HT-1A) مثل (Ipsapirone).

- الدويامين كان معروفا نقص نشاط الدوبامين يرتبط بالاكتئاب وزيادته ترتبط بالهوس، ولكن اكتشاف أنواع فرعية من مستقبلات الدوبامين زاد من فهم

---

(١) وتشمل مخلفات أيض الأمينات الحيوية : ٥-هيدروكس اندول حمض الأسيتيك (H.V.A.) وناتج أيض الدوبامين، ٣-ميثوكس-٤هيدوكس فينيل جليكول (M.Hp.G) ناتج أيض النورأدرينالين .

وظيفة الدوبامين وتنظيمه قبل أو بعد المشبك وعلاقة ذلك باضطرابات الوجدان ، حيث لوحظ أن العقاقير التى تقلل تركيز الدوبامين (مثل الرزربين) وكذلك الامراض التى يقل فيها تركيز الدوبامين(مثل مرض باركنسون) ترتبط باعراض اكتئابية ، كما أن العقاقير التى تزيد تركيز الدوبامين مثل (التيروسين والامفيتامين والبوبروبيون -bupropion) تقلل أعراض الاكتئاب، وهناك نظريات حديثة ترى أن المسار الميزولمبى (Mesolimbic) للدوبامين مختل الوظيفة فى الاكتئاب وأن مستقبل الدوبامين ١ (D1) قد يقل نشاطه فى الاكتئاب .

- وجود دور لبعض الناقلات العصبية من الأحماض الأمينية خاصة الجابا والبيبتيدات النشطة عصبيا خاصة المورفينات الداخلية فى بعض الاضطرابات الوجدانية .

علاقة بين تعاطى أقراص منع الحمل والاكتئاب الذي يتحسن باعطاء بيريدوكسين الانزيم المساعد فى تخليق السيروتونين .

٣- اختلال النشاط الهرمون :

لوحظ وجود اختلالات هرمونية فى مرضى اضطراب الوجدان من خلال الآتى :

- زيادة افراز الكورتيزون فى بعض المكتئبين فى اختبارالدكساميثازون المثبط[(١)] وهو استرويد خارجى يقلل من معدل الكورتيزون فى الدم، وهذا يشير الى خلل فى المحور الطرفى الهيبوثلامى النخاعى الكظرى، وخلص بعض الباحثين الى علاقة بين اعراض اضطراب الوجدان واختلال هذا المحور والى اختلال وظيفة الهيبوثلاموس وتغيرالنوم والشهية والسلوك الجنسى والتغيرات البيولوجية فى الغدد والمناعة، كما شبه بين بطء الحركة ونقص الوظائف

(1) Dexamethasone suppression :-
وهذا الإختبار ليس شاذا فى الإكتئاب فقط ولكن فى أمراض أخرى مثل الوسواس القهرى .

المعرفية الذى يلاحظ فى الاكتئاب واضطراب النوى القاعدية كما فى مرض الباركنسون .

وتلخص بعض الدراسات شذوذ الهرمونات فى المصابيين باضطرابات الوجدان فى الآتى نقص إفراز الميلاتونين ليلاً، نقص افراز البرولاكتين كاستجابة لإعطاء التربتوفان، نقص المعدل الأساسى لهرمونات (F.S.H & L.H.)، ونقص معدل التستوستيرون لدى الرجال ، وأهم المحاور الهرمونية التى تتأثر فى اضطرابات الوجدان هى (الكظرية الأدرينالينية والدرقية وهرمون النمو) .

- الإيقاعات اليومية (Circadian Rhythms - الساعة البيولوجية) شذوذ نمط النوم فى الاكتئاب مع التحسن العابر فى الاكتئاب الذى يحدث بتأثيرالحرمان من النوم، أدى الى افتراض أن الاكتئاب انعكاس لنظام شاذ فى إيقاع الساعة البيولوجية الداخلية ، كما أن بعض التجارب على الحيوانات إشارت الى أن مضادات الاكتئاب المعتادة فعاله فى تغيير ايقاع الساعة البيولوجية.
- اكتئاب الدورة الشهرية وما قبلها وتوقف الدورة الشهرية فى حالات اضطراب الوجدان الشديدة .
- نوبات الهوس أو الاكتئاب قد تصاحب مرض كوشنج أو تعاطى الكورتيزون .

٤- اختلال الكهارل :

حيث لوحظ زيادة الصوديوم المتبقى فى حالات الاكتئاب بنسبة (٥٠٪) وفى حالات الهوس بنسة(٢٠٠٪)

ثانيا : العوامل الاجتماعية والبيئية:

لوحظ أن الظروف الحياتية الضاغطة فى الطفولة (مثل فقد أحد الوالدين وغياب التخطيط الأسرى فى طريقة التربية وتصلب الأم فى معاملة الطفل

والتربية الاعتمادية) تهئ لحدوث الاضطرابات الوجدانية ..كما أن فقد الزوج (أو الزوحة) والعزلة الأسرية والضغوط الاقتصادية أو الدينية قد يرسب الاضطرابات الوجدانية .

ثالثا : العوامل النفسية :

إن عدم النضج الانفعالى وثنائية المشاعر والشعور بالعجز المتعلم والفهم الخاطئ للخبرات الحياتية وتقويم النفس السالب والتشاؤم واليأس كلها عوامل نفسية تهئ لحدوث الاضطرابات الوجدانية .

ومن أبرز التغيرات الدينامية للاضطرابات الوجدانية :

- ان نوبات الاكتئاب تترسب بفقد موضوع الحب الذي يحفز نكوص الأنا الى المرحلة الفمية السادية بسبب التثبيت فى الطفولة المبكرة .
- تبدأ الاكتئابات بازدياد الحاجات النرجسية (الشعور أنه ما من أحد يحبنى) ولكن سرعان ما تنقلب هذه العدوانية ازاء الموضوعات المحبطة الى عدوانية ضد أنا المريض وتظهر كراهية الذات فى صورة الشعور بالاثم أى تنقلب الأنا العليا ضد الأنا .
- وفى الاضطراب ثنائى القطبية أو الاضطراب الدورى فسر طبقا لعامل الدورية البيولوجى (دورة الجوع و الشبع) و(اللذة بعد الألم) الذى يرى أن كل معاناة تخول الحق فى بهجة تعويضية لاحقة وعليه فان حالة المرح المرضى عند مريض الهوس دليل على أن التوتر بين الأنا العليا والأنا والذى كان مسرفا فى الشدة ومسببا للاكتئاب قد انفرج فجأة وكأن الأنا تحتفل بهذه المناسبة .

علاج الاضطرابات الوجدانية :

فى خطة العلاج يجب أن يضع المعالج فى اعتباره خطورة المريض على نفسه

(بالانتحار)[1] أو على غيره (بالقتل)، الأمر الذى قد يستلزم إدخال المريض مستشفى بل ووضعه تحت الملاحظة المستمرة داخلها.

أولا : العلاج الكيميائى والفيزيائى:

١- علاج نوبات الهوس

(١)التهدئة للمريض بمضادات الذهان (مثل مجموعة الفينوثيازين أو البيوتيروفينون) أو جلسات العلاج بالكهرباء .

(٢)العلاج بأملاح اللثيوم التى ثيت فعاليتها فى علاج حالات الهوس ويلزم أن تستمر مضادات الذهان لمدة أسبوع مع أملاح الليثيوم (لأن الليثيوم لا يعطى تأثيره فى الجهاز العصبى قبل خمسة أيام).

(٣)مضادات التشنجات حيث لوحظ أن استعمالها يفيد فى علاج حالات الهوس والاضطراب ثنائى القطب (مثل الكاربامازبين والفالبروات) .

٢- علاج الاكتئاب

(١) مضادات الاكتئاب: وتشمل مجموعات أربعة هى منشطات الجهاز العصبى والمركبات ثلاثية الحلقات ومثبطات الانزيم المؤكسد للأمينات الأحادية بالاضافة الى مضادات الاكتئاب الحديثة ومن أهمها حاليا مثبطات اعادة أخذ السيروتونين انتقائيا(Selective Serotonin Reuptake Inhibitors) مثل الفلوكستين (Fluoxetine) وسيتالوبرام (Citalopram) ويعتمد اختيار العقار على الاستجابة السابقة للمريض أوعلى نوع الاكتئاب كيميائيا (أدرناليا-أو

---

(١) توجد مؤشرات تشير إلى ميول إنتحارية (هى محاولات إنتحار سابقة جادة، التهديد بالإنتحار، تاريخ حالات إنتحار فى أسرة المريض ، الشعور بالذنب وعدم الإستقرار، والهدوء المفاجئ بعد التوتر)

سيروتونيا) (Adrenergic or Serotonergic) [1]

(٢)جلسات العلاج بالكهرباء خاصة الاكتئاب المصاحب بميول انتحارية والشديد وتكون مصاحبة بالعقاقير .

ثانيا : العلاج النفسى :

يعد العلاج النفسى من المداخل الهامة فى علاج حالات الاكتئاب بصفة خاصة لتفريغ الشحنة الانفعالية العدوانية المتوجهه نحو الذات وتقليل حدة العداء بين الأنا العليا والأنا، وتقليل الشعور بالذنب ومساعدته على الارتباط بالواقع وعدم العزلة ، وتعديل أفكاره تجاه نفسه والآخرين .. ويكون العلاج تدعيميا فى حالات الهوس.

ثالثا: العلاج الاجتماعى :

مساعدة المريض اجتماعيا وحل مشاكله الاجتماعى وإحداث التغيرات البيئية المناسبة لتقليل معاناته .

(١) يتميز الإكتئاب الأدرينالينى بزيادة النشاط والحركة وعدم الإستقرار ، وزيادة مخلفات أيض النورأدرينالين فى البول ، ويفيد فيه عقار الأميتريبتيلين (Amitriptyline)بينما يتميز الاكتئاب السيروتونى بالكسل والبلادة وكثرة النوم وزيادة مخلفات أيض السيروتونين فى البول السكرى ويفيد فيه عقار الإ يميبرامين (Imipramine)

الفصل الرابع

مقدمة :

١- طبيب فى الثانية والثلاثين من عمره متزوج ولديه أطفال يعانى من نوبات من الخوف الذى يصل إلى درجة الهلع والشعور بالموت المحتم ، مع ضيق فى التنفس وشعور بعدم الاتزان وسرعة فى ضربات القلب والرعشة والعرق ، وحدثت له عدة مرات خلال السنة الماضية ودون سبب واضح، وعرض نفسه على كبار أطباء القلب والصدر فاكدوا سلامته بعد عمل الاستقصاءات اللازمة أما فحصه النفسى فلم يكتشف سوى عن قلقه وضيقه من هذه النوبات .

٢- سيدة فى الخامسة والثلاثين من عمرها ربة بيت ولديها أطفال تعانى من رهبة من التواجد وحدها فى السوق أو الشارع ، وإذا حدث فإنها تشعر بخوف شديد مع رغبة فى التبول وجفاف فى الحلق فتتجنب النزول إلى الشارع دون مرافقة شخص آخر على الأقل تكون متشبثة بذراعه .

٣- طالب جامعى فى السادسة والعشرين من عمره يشكون من الارتباك أمام الآخرين خاصة إذا كانوا يلاحظونه فى كلام أو مشى ، وعندما اضطرته الظروف أن يتبول فى مرحاض عام فى وجود آخرين بجانبه لم يستطع برغم رغبته فى التبول ، وهو يتجنب هذه المواقف قدر استطاعته لدرجة أنه لا يذهب إلى الجامعة إلا نادرا وهو ما يتسبب فى تكرار رسوبه.

٤- موظف فى الرابعة والثلاثين من عمره متزوج ولديه طفلان يشكو من تكراره لبعض التصرفات بعدد فردى وبغير هدف مع معرفته بسخافة ما يفعل ويحاول جاهدا منع نفسه فلا يستطيع ، وإذا أمسك عن ذلك شعر بتوتر حتى يأتى بالفعل فيقل توتره ومن أمثلة أفعاله دخول المطبخ والخروج منه بعدد ٧ مرات أو ٩ أو ١٣ مرة ، وأحيانا يوقف سيارته فى الشارع وينزل منها

ويصعد اليها بنفس الاعداد السابقة قبل أن يستأنف سيره .

هذه الامثلة لحالات اكلينيكية سوف نعرض لها فى هذا الفصل.. هل يمكنك بعد إعادة قراءتها أن تضع اهدافا تعليميه تبغى معرفتها؟ ما هى هذه الاهداف ؟

اضطرابات القلق
Anxiety Disorders

تتميز هذه المجموعة من الاضطرابات باعراض القلق والسلوك التجنبى، ففى اضطراب الهلع والقلق العام يكون القلق هو العرض الشائع وسلوك التجنب يوجد غالبا فى اضطراب الهلع المصاحب بالخوف من الأماكن المتسعة، وفى اضطرابات الرهاب يخبر الشخص القلق عند مواجهة الموضوع (أو الموقف) المرهوب[١]، وفى اضطراب الوسواس القهرى يخبر الشخص القلق إذا حاول أن يقاوم الوساوس أو الطقوس ، أما سلوك التجنب فيوجد غالبا فى اضطرابات الرهاب وكثيرا ما يوجد فى اضطرابات الوسواس القهرى ..

وتصنف اضطرابات القلق إلى ما يلى :

١- اضطراب الهلع :

أ- المصحوب برهاب الأماكن المتسعة .

ب- غير المصحوب برهاب الأماكن المتسعة .

٢- رهاب الأماكن المتسعة دون تاريخ لنوبات هلع .

٣- الرهاب الاجتماعى .

٤- الرهاب المحدد.

٥- اضطراب الوسواس القهرى .

(١) يعد القلق المرتبط بالانفصال عن الوالدين أحد أشكال التفاعل الرهابى ولكنه يصنف كقلق انفصال، وكذلك التجنب الرهابى المرتبط بالوظيفة الجنسية يصنف كاضطراب جنسى .

٦- اضطراب الانعصاب التابع لحادثة .

٧- اضطراب الانضغاط الحاد .

٨- اضطراب القلق العام .

٩- اضطراب القلق بسبب حالة مرضية جسمانية.

١٠- اضطراب القلق بسبب تأثير مادة.

١١- اضطراب القلق غير المصنف فى مكان آخر .

١- اضطراب الهلع

ويتيمز هذا الاضطراب بحدوث نوبات متكررة من القلق الحاد والشديد وعادة يظل لأقل من ساعة وقد تظل عدة ساعات (وهذا نادرا) وتكون النوبات غير متوقعة وليس لها سبب عضوى .

ولقد كان اضطراب الهلع ضمن اضطراب القلق أو ما كان يسمى بعصاب القلق (anxiety neurosis) كما كانت كل اضطرابات الرهاب معا ضمن عصاب الرهاب (phobic neurosis) ، ولكن فصلت هذه الاضطرابات فى التصنيف الاحصائى التشخيص الثالث (DSM-III) بناء على أن لزمات معينة لها مسارات مختلفة وتاريخ عائلى مختلف واستجابة للعلاج مختلفة .

الصورة الاكلينيكية :

تبدأ نوبات الهلع بداية مفاجئة بشعور شديد بالانقباض أو فزع أو خوف وغالبا يوجد شعور بالهلاك المحتم ، ونادرا يخبرها الشخص كشعور حاد بعدم الراحة، وخلال معظم نوبات الهلع يوجد أكثر من ستة اعراض معا (النوبات التى تشمل أربعة اعراض أو أكثر تعرف كنوبات هلع مكتملة أما النوبات التى تشمل

عراض أقل من أربعة فتعد نوبات محدودة الاعراض) .

-والاعراض التى تحدث أثناء النوبة هى : ضيق التنفس وشعور بالاختناق ودوخة وشعور بعدم الاتزان والاغماء وسرعة ضربات القلب والشعور بها ، والارتجاف والرعشة والعرق والغثيان أو اضطراب البطن واختلال الإنية واختلال ادراك البيئة، والخدر والشعور بالتنميل وسخونة بالجسم أو الارتجاف وألم بالصدر أو الشعور بعدم الراحة والخوف من الموت ، والخوف من أن يصبح مجنونا أو أن يحدث له شئ لايمكن التحكم فيه خلال النوبة .

وفى غالبية حالات اضطراب الهلع التى نشاهدها فى الممارسة الاكلينيكية يحدث للشخص بعض اعراض الخوف من الأماكن المتسعة وهى الخوف من التواجد فى أماكن يصعب الهروب منها ، والتى يمكن أن تكون المساعدة فيها غير متاحة إذا حدثت نوبة الهلع، أو الشعور بالخجل والارتباك الاجتماعى ولهذا الخوف يوجد تخوف من السفر أو الحاجة لرفيق عندما يكون بعيدا عن البيت ، أو يوجد عدم تحمل لمواقف الأماكن المتسعة بغض النظر عن القلق الحاد ، والمواقف المتسعة الشائعة[١] تشمل التواجد خارج البيت وحيدا أو التواجد فى مكان مزدحم مثل أتوبيس أو قطار .

ويصاحب اضطراب نوبات الهلع درجات متفاوته من العصبية والانقباض بين النوبات ويركز الشخص انقباضه على الخوف من حدوث نوبة أخرى، كما توجد اعراض اكتئابية مصاحبة أيضا وقد يصاحب تدلى الصمام التاجى (Mitral valve prolapse) ولكن هذا لا يلغى تشخيص نوبات الهلع

البداية والمسار والتنبؤ بالمآل :

يبدأ هذا الاضطراب عادة فى أواخر العشرينيات من العمر، وتتكرر

(١) يشمل الخوف من الأماكن المتسعة تلك الحالات غير المعتادة التى فيها تجنب ثابت نشأ أثناء مرحلة نشطة لاضراب الهلع، ولكن الشخص لايعزى السلوك التجنبى الناتج إلى الخوف من حدوث نوبات الهلع .

النوبات عدة مرات أسبوعيا أو حتى يوميا، ونادرا ما تكون نوبة وحيدة يتبعها خوف ثابت مِن حدوث نوبة أخرى ، وقد يكون الاضطراب قصير الأمد (عدة أسابيع أو شهور) وقد يتردد عدة مرات أو يظل لعدة سنوات مع فترات متفاوته من التحسن الجزئى أو الكامل والاشتدادت .. وتتفاقم اعراض نوبات الهلع بالاسراف فى تعاطى الكافيين (الموجود فى المنشطات مثل الشاى والقهوة) وكشفت المتابعة على المدى البعيد تحسن (٥٠٪) من المرضى واختفاء النوبات، وأن النوبات ظلت دون تغير فى (٢٠٪) من الحالات ، وقد تظهر اعراض الاكتئاب فى (٧٠٪) ، ولوحظ أن (٢٠٪) من هؤلاء يتحولون إلى مدمنين ، وقد يصاحب اضطراب الهلع باعاقة اجتماعية ووظيفة محدودة أو لا يصاحب إطلاقا، أما اضطراب الهلع المصاحب برهاب الأماكن المتسعة فيرتبط بإعاقة أكثر قد تصل إلى عدم مغادرة الشخص لمنزله فيتأثر بذلك عمله وعلاقاته الاجتماعية .. والمرضى الذين يحمل التنبؤ لهم مآلا حسنا هم ذو الأداء الحسن قبل المرض واعراضهم لفترات قصيرة .

تشخيص اضطراب الهلع

يشخص الاضطراب طبقا للدلالات التشخيصية التالية :

أ- فى وقت ما أثناء الاضطراب واحدة وأكثر من نوبات الهلع حدثت وكانت غير متوقعة، وليست ناشئة عن موقف فيه كان الشخص بؤرة اهتمام الآخرين .

ب - ويشترط أن تكون أربعة نوبات بالمواصفات السابقة (فى - أ) خلال فترة أربعة أسابيع أو واحدة أو أكثر من النوبات تبعتها مدة شهر على الأقلس الخوف من حدوث نوبة أخرى .

ج - ويجب أن تشمل كل نوبة على أربعة على الأقل من الاعراض الآتية :

١- كرشة النفس أو الشعور بالاختناق .

٢- الدوخة أو الشعور بعدم الثبات أو الاغماء.

٣- سرعة ضربات القلب أو الشعور بها.

٤- الارتجاف أو الرعشة.

٥- العرق.

٦- الاختناق.

٧- الغثيان أو اضطراب المعدة .

٨- اختلال الإنية أو اختلال إدراك البيئة .

٩- الخدر أو احساس التنميل .

١٠- سخونة الجسم أو الارتجاف.

١١- ألم فى الصدر أو شعور بعدم الراحة .

١٢- الخوف من الموت .

١٣- الخوف من أن يصبح مجنونا أو أن يفعل شئ غير مضبوط.

د- والاضطراب ليس بسبب تأثيرات فسيولوجية لحالة مرضية جسمانية ولا بسبب تأثير مادة مثل الأمفيتامين أو التسمم بالكافيين أو زيادة نشاط الغدة الدرقية

هـ- لايمكن اعتباره ضمن اعراض مرض نفسى آخر مثل الرهاب الاجتماعى (كمن يحدث له نفس الاعراض عند التعرض لموقف اجتماعي) .

ويشخص نوع اضطراب الهلع طبقا لما يلى :

١- اضطراب الهلع المصاحب برهاب الأماكن المتسعة ويشخص بالاتى :

أ - يتفق مع مواصفات اضطراب الهلع .

ب - رهاب الأماكن المتسعة : الخوف من التواجد فى أماكن متسعة التى منها يصعب الهروب أو قد لا تكون المساعدة متاحة فيها فى حالة حدوث نوبة

الهلع، وكنتيجة لذلك يحد من ترحاله أو يحتاج لمرافق خارج البيت .

كما تشخص أيضا شدة نوبة الهلع الى :

١) خفيفة : خلال الشهر الماضى إما أن كل النوبات كانت محدودة الاعراض اوأنها كانت نوبة واحدة .

٢) متوسطة : خلال الشهر الماضى كانت النوبات بين الخفيفة والشديدة .

٣) شديدة : خلال الشهر الماضى حدث على الأقل ثمان نوبات هلع .

٤) فى هدأة جزئية : حيث تكون الحالة بين التحسن الكامل والخفيفة.

٥) فى هدأة كاملة (تحسن كامل) : خلال الشهور الستة الماضية لم تحدث نوبات هلع أو حتى نوبات محدودة الاعراض .

٢- اضطراب الهلع غير المصاحب برهاب الأماكن المتسعة ويشخص :

أ - بمواصفات نوبات الهلع .

ب - وغياب رهاب الأماكن المتسعة .

ويحدد شدة نوبة الهلع كما سبق .

التشخيص الفارق :

١- **الاضطراب الجسمانى بحالة مرضية** : حيث أن هناك أسباب عضوية مثل نقص السكر فى الدم وزيادة افراز الغدة الدرقية وورم القواتم يمكن أن تحدث اعراضا مشابهه ولكن فى وجود هذه الاسباب لا تشخص نوبات الهلع .

٢- **حالات الانسحاب لبعض المواد المخدرة** : مثل الباربتيورات (ولكن هناك تاريخ لتوقف تعاطى مادة) .

٣- **حالات الانسمام الناتج عن الكافيين أو الأمفيتامين** : فقد

توجد نوبات الهلع ولكن يوجد تاريخ لتعاطى مادة.

٤- **الرهاب المحدد** : قد تحدث للشخص نوبات هلع قبل أو عند التعرض للمثير المرهب وشدة النوبة تتفاوت باقتراب المثير وابتعاده .

٥- **الرهاب الاجتماعى** : قد يحدث للشخص نوبات هلع تنشط (تبدأ) لكونه بؤرة اهتمام الآخرين بينما فى نوبات الهلع لا يحدث ذلك .

انتشار اضطراب الهلع :

تصل نسبة انتشار اضطراب الهلع إلى (٢٪) من عامة الناس ومن (٥-٢٥٪) من مرضى العيادة الخارجية للأمراض النفسية ويشيع اضطراب الهلع المصاحب برهاب الأماكن المتسعة فى الممارسة الاكلينيكية، وهو أكثر بين النساء عنه بين الرجال (٢:١)، أما غير المصاحب برهاب الأماكن المتسعة فيستوى فيه الجنسان .

أسباب اضطراب الهلع :

أ- عوامل بيولوجية :

إن نجاح علاج اضطراب الهلع بمضادات الاكتئاب شجع على البحث فى النواحى البيولوجية ولوحظ الاتى :

١- استقصاءات الغدد الصماء لم تكشف عن شذوذ فى اختبار (Dexamethasone Suppression) فى مرضى اضطراب الهلع .

٢- لوحظ تبلد فى استجابة هرمون النمو عند التنشيط بواسطة الكلونديين ونقص فى هرمون البرولاكتين ونقص الاستجابة لهرمون منشط الغدة الدرقية .

٣- حقن لاكتات الصوديوم وريديا (Infusion) يحدث نوبات هلع فى (٧٠٪) من مرضى الهلع و(٥٪) فقط من الأسوياء حيث أن اللاكتات تحدث زيادة غير

طبيعية فى النورأدرينالين للمرضى الذين لديهم قابلية واستوحيت هذه الفكرة من أن مرضى القلق لديهم قدرة ضعيفة فى أداء التمارين الرياضية، وتكون لديهم حمض لاكتيك أكثر من الأسوياء وأحيانا تحدث لهم نوبات هلع بعد التمارين الرياضية .

٤- استنشاق ثانى اكسيد الكربون بواسطة الأشخاص ذو القابلية يحدث قلق وهلع رغم أن الآلية فى ذلك غير معروفة إلا أن ثانى أكسيد الكربون يزيد من نشاط خلايا الموضع الأزرق (Locus Cerules)

٥- دراسة تدفق الدم إلى المخ كشفت عن زيادة الدم المتدفق لنصيف المخ الأيمن غير السائد والمنطقة المجاورة لقرن آمون (Hippocampus) فى مرضى اضطراب الهلع الذين لديهم نتائج موجبة فى اختبار حقن اللاكتات كما لوحظ زيادة أيض المخ لدى هؤلاء المرضى، وهذه النتائج ليست موجودة فى مرضى اضطراب الهلع السالبين فى اختبار اللاكتات وفى الأسوياء .

٦- لوحظ وجود بروز الصمام الميترالى (Mitral Valve Prolapse) فى (٥٠٪) من مرضى اضطراب الهلع بينما وجوده فى عامة الناس (٥٪) فقط، ويبدو أن الصمام الميترالى واضطراب الهلع لهما أساس جينى واحد وهما أكثر لدى الإناث منهما لدى الذكور.. وفى وجود (Middiastolic click) عند فحص قلب المريض باضطراب الهلع، يحول لرسام القلب الكهربائى لتشخيص بروز الصمام الميترالى كما أن تسمم الغدة الدرقية يصاحب كلا من اضطراب الهلع وبروز الصمام ولذا يجب عمل استقصاءات للغدة الدرقية .

ب - الوراثة :

يوجد برهان قوى على وجود أساس جينى لاضطراب الهلع فحوالى (١٥-٧٥٪) من الأقارب من الدرجة الأولى لمرضى اضطراب الهلع يصابون بالمرض وبالمقارنة فإن معدل إصابة التوائم المتماثلة هو (٨٠-٩٠٪)

و(١٫٠-١٥٪) من التوائم غير المتماثلة أما الأساس الجينى لرهاب الأماكن المتسعة فيعد أقل وضوحا برغم أن هناك تقارير تشير إلى أن (٢٠٪) من الأقارب من الدرجة الأولى لديهم (او قد يصابون) بنفس الاضطراب .

ج - النظريات النفسية والاجتماعية :

١- تفسر النظرية الدينامية نوبات الهلع على أنها دفاع غير ناضج ضد النزعات الباعثة على القلق مع خبرات فقد وقلق انفصال فى الطفوله .

والحيل الدفاعية المستخدمة هى الكبت والنقل والتجنب والترميز .

٢- أما النظريات السلوكية فتعزى القلق والهلع أنه استجابة متعلمه إما من نموذج والدى أو خلال تشريط كلاسيكى.

علاج اضطراب الهلع :

يعالج الهلع بمضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات أو مثبطات الانزيم المؤكسد للأمينات الأحادية (MOAIs)، ويعد عقار الايميبرامين (Imipramine) أكثر العقاقير ملاءمة ، ولكن هناك دراسات تشير إلى أن عقار الديسيبرامين أكثر فاعلية وأقل اعراضا جانبية، وكذلك الفنلزين أحد مثبطات الانزيم المؤكسد للأمينات الأحادية . ويمكن إعطاء بروبرانولول أو البرازولام أو البوسبيرون (Buspirone) فى الحالات التى لا تستجيب للعقاقير السابقة ، ولكن حديثا تستخدم مجموعة مثبطات إعادة أخذ السيروتونين انتقائيا (SSRIs) ومن أمثلتها الفلوكستين (Fluoxeitne) وسيتالوبرام (Citalopram) وبعد الشفاء يجب أن يستمر العلاج لمدة ستة شهور إلى سنة ، ثم يوقف العلاج تدريجيا، وإذا عادت الاعراض يعطى العلاج ثانية . . وليس هناك دليل على أن مضادات الاكتئاب مفيدة فى حالات رهاب الأماكن المتسعة دون نوبات هلع، ولذا فالعلاج فى هذه الحالات عقاقير مع علاج سلوكى فى صورة سلب الحساسية وزيادة التعرض

للموقف المسبب للرهاب ، بالاضافة إلى تمارين الاسترخاء(Format muscle relaxation) أو تمارين التصوف .. وهناك العلاج النفسى التبصيرى لإفهام المريض المعنى اللاشعورى للقلق لديه وما يرمز إليه الموقف المتجنب، والحاجة إلى كبت النزعات والمكسب الثانوى للاعراض .

٢- رهاب الأماكن المتسعة غير المصاحب باضطراب الهلع

Agoraphobia Without history of Panic Disorder

ويميز هذا الاضطراب رهاب الأماكن المتسعة دون تاريخ سابق أو حالى لاضطراب هلع .. ورهاب الأماكن المتسعة هو الخوف من التواجد فى أماكن أو مواقف يصعب الهروب منها ، أو لا تكون المساعدة فيها متاحة فى حالة حدوث الاعراض فجأة ، التى قد تكون معوقة أو مركبة إلى حد كبير ،ونتيجة لهذا الخوف فإن الشخص إما أن يحد من تنقلاته أو يحتاج إلى رفيق عند خروجه من البيت ، والمواقف الشائعة فى رهاب الأماكن المتسعة مثل خروجه من البيت وحيدا أو التواجد فى مكان مزدحم أو على محطة أتوبيس أو سفر فى قطار أو سيارة .. وعادة يخاف الشخص من حدوث نوبة ذات اعراض محدودة مثل أن يعانى دوخة أو اختلال الإنية أو اختلال ادراك البيئة أو فقد السيطرة على المثانة أو الشرج أو القئ ، فى بعض الحالات حدثت هذه الاعراض قبل ذلك ، وقد ينشغل الشخص بحدوثها مرة أخرى، وفى حالات أخرى لم تحدث هذه الاعراض فى الماضى ، ولكن يخاف احتمال حدوثها ويصاحب اعراض اضطراب الشخصية التجنبية بصفة خاصة .

يبدأ هذا الاضطراب عادة فى العشرينيات أو الثلاثينيات ويظل لعدة سنوات ، والإعاقة فى من يمثلن للعلاج شديدة وقد يحدث لهم اضطراب هلع ، وهو اضطراب شائع بين عامة الناس برغم قلة ما يمثلون للعلاج ، ويكثر بين الإناث عنه بين الذكور.

وتشخيص شدة التجنب لرهاب الأماكن المتسعة كما يلى :

١- **خفيف** : بعض التجنب ولكن نسبيا حياة طبيعية يعيشها الشخص مثل سفره وحده عندما يضطر لذلك .

٢- **متوسط** : التجنب ينتج تضيق فى نمط الحياة حيث يستطيع الشخص ترك المنزل وحيدا ولكن ليس لمسافة بعيدة .

٣- **شديد** : التجنب يجعل الشخص مرتبط بالمنزل لا يغادره دون صحبة .

٤- **فى تحسن (هواده) جزئية** : لا يوجد سلوك تجنبى حاليا ولكن كان موجود بدرجة ما خلال الشهور الستة الماضية .

٥- **تحسن (هواده كاملة)** : ليس هناك سلوك تجنبى حاليا ولا خلال الشهور الستة الماضية .

٣- الرهاب الاجتماعى

Social Phobia

يعرف الرهاب بوجه عام على أنه خوف غير منطقى ينتج عنه تجنب شعورى لموضوعات معينة (أو مواقف أو نشاط) مخيفة والخوف والسلوك غير متوافقة مع أنا المريض الذى يعى أن هذا الخوف غير حقيقى وغير منطقى .

أما الرهاب الاجتماعى هو الخوف من الخزى أو الارتباك فى موقف عام وينشأ عن ذلك خوف ثابت من المواقف التى يتعرض فيها الشخص لإمكانية النقد من الآخرين ، وقد يكون الرهاب الاجتماعى محدودا مثل عدم القدرة على التحدث فى جمع عام ، أو الاختناق بالطعام عند الأكل أمام الآخرين ، أو عدم قدرته على التبول فى مرحاض عام، أو ترتجف يده عندما يكتب أمام الآخرين ،وقد يشتمل أغلب المواقف الاجتماعية مثل الخوف العام من قول شئ غبى أو من كونه غير قادر على إجابة أسئلة فى مواقف جماعية .

ويشترط فى الرهاب الاجتماعى أن لا يكون سببه اضطراب آخر على المحور الأول (Axis-I) مثل الخوف من حدوث نوبة هلع فى اضطراب الهلع أمام الآخرين ، والخوف من التهته فى اضطراب التهتهه أمام الآخرين أيضا وأن لا يكون سببه اضطراب آخر على المحور الثالث (Axis-III) مثل الخوف من ظهور الرعشة فى حالة مرض الباركنسون .

القلق المتوقع فى حالة الرهاب الاجتماعى يحدث إذا فوجئ الشخص بضرورة الدخول إلى مكان مرهب له فيتجنب هذا الموقف عادة، وأحيانا يضطر نفسه إلى اقتحام الأماكن (أو المواقف) الباعثة على الرهاب الاجتماعى ولكنه يخبر(يشعر) قلق حاد ، وعادة يخاف الشخص أن يلحظ الآخرون علامات القلق عليه ، وحيث أن الخوف من المواقف الاجتماعية يسبب تجنبها وهذا يسبب زيادة الخوف منها وهذا أيضا يزيد من التجنب فإن الشخص يتولد لديه دائرة مفرغة من الخوف والتجنب .. وإلى حدا ما يعى الشخص أن خوفه غير مبرر وشديد .

ويشخص هذا الاضطراب إذا تداخل السلوك التجنبى مع الأداء الوظيفى أو مع الأنشطة الاجتماعية المعتادة أو العلاقات مع الآخرين ، أو وجود كرب ملحوظ حول حدوث الخوف.

وكثيرا ما يصاحب الرهاب الاجتماعى باضطراب الهلع والرهاب البسيط.

البداية والمسار والتنبؤ بالمآل :

عادة يبدأ الاضطراب فى الطفولة المتأخرة والمراهقة المبكرة، وقد يصبح مزمنا فى مساره ولكن هناك براهين تفيد أنه يقل كثيرا بعد منتصف العمر، ونادرا ما يكون الاضطراب شديدا ويتدخل مع الأداء الوظيفى بسبب التجنب .. ومضاعفاته الادمان (الكحول ومضادات القلق) والاكتئاب نظرا لاضطراب الأداء الوظيفى .

التشخيص الفارق :

١- **تجنب مواقف اجتماعية معينة** : تسبب طبيعيا الشعور بالكرب ويشيع هذا الشعور عند كثير من الناس مع خوف طبيعى من الحديث العام ، ولا تنطبق عليه مواصفات الرهاب الاجتماعى.

٢- **فى اضطراب الشخصية التجنبية** : قد يوجد قلق ملحوظ والتجنب لأغلب المواقف الاجتماعية، وهنا يؤخذ فى الاعتبار الشخصية التجنبية مع الرهاب الاجتماعى .

٣- **فى الرهاب البسيط** : يوجد مثير مرهب وليس الموقف الاجتماعى .

٤- **فى اضطراب الهلع المصاحب بخوف الأماكن المتسعة** : فإن الشخص قد يتجنب مواقف اجتماعية معينة مثل المطاعم لخوفه من حدوث نوبة هلع .

انتشار الرهاب الاجتماعى :

ينتشر الرهاب بين (٣-٥٪) من عامة الناس ويستوى فيه الذكور والإناث ، ولوحظ أن الخوف من الأكل فى الأماكن العامة أو الكتابة أمام الآخرين أو استخدام المراحيض العامة نادرة الانتشار نسبيا، بينما الرهاب الاجتماعى المتضمن للخوف من التحدث فى جمع من الناس شائع لدى مرضى الرهاب الاجتماعى .

أسباب الرهاب الاجتماعى :

١- **العوامل البيولوجية** : ليس لها دور فى تسبيب الرهاب الاجتماعى إلا ما لوحظ فى انتشاره بين الأقارب مما يشير من قريب أو بعيد إلى احتمال عوامل جينية فى تسبيب الرهاب .

٢- **العوامل النفسية والاجتماعية** : لقد أوضح فرويد فى نظريته **للتحليل النفسى** أن الرهاب يرجع إلى استخدام دفاعات الأنا من النقل والتجنب ضد الحفزات الأوديبية المحرمة وخوف الخصاء ، أى أن الخوف انتقل من الحفزات إلى مواقف معينة أو موضوع معين وتبعه تجنب هذه المواقف (أو الموضوع) .

أما النظرية السلوكية فتفسر الرهاب بأن : قلقا في الماضى ينشأ من مثير مخيف فعلا وصاحب هذا الموقف مثير آخر (موقف أو موضوع) غير مخيف، وتكررت هذه المصاحبة عدة مرات متتابعة فتم التزاوج بين المثيرين وأصبح ما يثيره واحد يثيره الآخر ثم أصبح المثير غير المخيف وحده مرتبطا بالقلق وباعثا له بعد ذلك .

علاج الرهاب الاجتماعى :

يستخدم عقار (الفنلزين) فى علاج هذا الاضطراب بالاضافة إلى (البرابرانولول) او أتينولول (Atenolol) ومضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات ، وحاليا تستخدم مجموعة مثبطات إعادة أخذ السيروتونين انتقائيا (SSRIs) ومن أمثلتها الفلوكسيتين والسيتالوبرام .. وقد يلزم علاج سلوكى مع العقاقير فى الحالات الشديدة ، وذلك بسلب الحساسية التدريجى عن طريق تعريضه لمواقف الرهبة تدريجيا، ويمكن أن يتم ذلك مصاحبا لبعض العقاقير المهدئة أو تمرينات الاسترخاء الارادى ،وهناك أسلوب الغمر (Flooding) بتعريض المريض للموقف المخيف دفعة واحدة فى تخيل أو واقع ، وينصح المحللون النفسيون بالعلاج التبصيرى الذى يجعل المريض فاهما لمنشأ الرهاب وظواهر المكسب الثانوى ودور المقاومة، لأن هذا يجعله قادرا على إيجاد طرقا أكثر سواء للسيطرة على القلق مع حث المريض لأن يتعرض لمواقف الرهاب.

٤- اضطراب الرهاب المحدد (البسيط)

Specific Phobia

وفيه يكون الخوف الثابت من مثير محدد (موضوع أو موقف) ويختلف عن الخوف من حدوث نوبة هلع (كما فى اضطراب الهلع)، وعن نقص الشعور بالذات أو الخجل فى مواقف اجتماعية معينة (كما فى الرهاب الاجتماعى) ، وأكثر الرهابات البسيطة انتشارا تشمل الحيوانات خاصة الكلاب والثعابين والحشرات والفئران ، وتشمل الرهابات البسيطة رهبة رؤية الدم والجروح (Blood injury phobia) رهبة التواجد فى الأماكن المغلقة (Claustrophobia) ورهبة المرتفعات (Acrophobia) ورهبة السفر بالطائرة .. ويتجنب الشخص هذه المثيرات تجنبا للقلق وأحيانا يدفع الشخص نفسه لاقتحام الموقف المرهب[١] .

يصاحب اضطراب الرهاب البسيط اعراض الاغماءات الوعائية للعصب الحائر (Vasovagal) عند التعرض للمثير المرهب .

ويشخص الرهاب المحدد : بالخوف من المثير أو موقف مع تجنب لهذا المثير يؤثر على نظام الشخص المعتاد ، أو مع الانشطة الاجتماعية المعتادة ، ويعى الشخص أن خوفه غير طبيعى ومبالغ فيه، وليس له علاقة بمحتوى وسواسى أو حادثة سبب انعصاب .

البداية والمسار والتنبؤ بالمآل :

البداية فى الرهاب البسيط متفاوته ، ولكن رهاب الحيوانات يبدأ فى الطفولة ورهاب الدم يبدأ فى المراهقة غالبا ، أو بداية الرشد أما رهابات الأماكن المرتفعة وقيادة السيارات والأماكن المغلقة والسفر بالطائرات ، فتبدأ فى العقد

---

(١) هذا ما أسماه أوتوفينخيل الموقف المناقص للرهاب (counterphobic attitude) حيث يظهر الشخص شجاعة فى مواجهة الموقف أو الموضوع المرهب له داخليا ، فيكون الانكار والتكوين العكسى حيلا وراء هذا السلوك .

الرابع من العمر .. وأغلب الرهابات البسيطة التى تبدأ فى الطفولة وتختفى دون علاج ، وما يظل منها إلى الحياة البالغة فنادرا ما يختفى دون علاج .. والإعاقة التى تنشأ عن الرهاب البسيط طفيفة إذا كان يسهل تجنب المثير مثل رهاب الثعابين ، وتشتد الإعاقة إذا كان مثير الرهاب شائعا ومنتشرا ولا يمكن تجنبه، مثل الخوف من ركوب السيارات لشخص يعيش فى المدينة .

التشخيص الفارق :

١- **الفصام** : فيه بعض الانشطة يتجنبها المريض استجابة للضلالات ولكنه لا يتعرف على هذا الخوف كرهاب .

٢- **فى الانعصاب التابع لحادثة** : التجنب للمثيرات المرتبطة بحادث معين .

٣- **فى اضطراب الوسواس القهرى** : قد يكون التجنب مرتبط بالقذارة أو التلوث.

انتشار الرهاب البسيط :

الرهابات البسيطة شائعة لدى عامة الناس ولكن نادرا ما ينتج عنها إعاقة ملحوظة ونادرا ما يبحثون عن علاج وهى أكثر شيوعا لدى الإناث .

أسباب الرهاب البسيط :

هى نفس الأسباب التى تقدم ذكرها كأسباب للرهاب الاجتماعى .

علاج الرهاب البسيط :

يسير علاج الرهاب البسيط على نفس خطوط علاج الرهاب الاجتماعى من

إعطاء عقاقير الفنلزين أو البرابرانولول أو مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات أو مجموعة مثبطات إعادة أخذ السيروتونين إنتقائيا(SSRIs) ، مع علاج سلوكى وعلاج نفسى تحليلى يبصر المريض بنشأة الرهاب لديه ورمزيته والمكسب الثانوى.

٥- اضطراب الوسواس القهرى

Obsessive Compulsive Disorder

وأهم ما يميز هذا الاضطراب هو الوساوس المتكررة أو الطقوس القهرية التى تكون شديدة لدرجة تسبب الازعاج والكرب ، إما باستهلاك الوقت أو تتداخل مع نشاط الشخص المعتاد أو أدائه لوظيفته المهنية أو انشطته الاجتماعية المعتادة أو علاقاته مع الآخرين ولا يستطيع الشخص مقاومتها .

والوساوس عبارة عن أفكار ثابته أو نزعات أو خيالات يخبرها الشخص على الأقل على أنها غير مرغوبة وليس لها معنى مثل : نزعات متكررة لدى أب أن يقتل ابنه الذى يحبه، ويحاول الشخص أن يتجنب أو يتجاهل أو يكبح مثل هذه الافكار أو النزعات أو يحاول تخفيفها، ويتعرف الشخص على أن افكاره الوسواسية من نتاج عقله وليست مفروضة عليه من خارجه (كما فى اضطراب القوة المتحكمة فى التفكير) .

وأكثر الوساوس شيوعا هى الافكار العنيفة المترددة (مثل فكرة قتل الأب لطفله) او التلوث (مثل أفكار العدوى لمصافحه آخر) والشك (مثل الشك أنه فعل الشئ أم لا) .

أما الدفعات القهرية فهى سلوكيات متكررة غير هادفة وعن قصد وتتم كاستجابة لوسواس طبقا لقوانين معينه أو بشكل متكرر نمطى، وخطط هذا السلوك لتقليل أو لمنع عدم الراحة أو بعض الأحداث أو المواقف المخيفة ، إلا أنه

إم أن النشاط غير مرتبط بطريقة واقعية مع ما خطط لمنعه [١]، أو أنه مبالغ فيه بشدة .. والفعل القهرى يتم باحساس ذاتى بالقهر الذى يصاحب الرغبة فى المقاومة للقهور (على الأقل مبدئيا) ويعى الشخص أن سلوكه مبتذل وغير معقول، (ولكن هذا قد يكون غير حقيقى فى حالات الاطفال الصغار والبالغين الذين تطورت وساوسهم إلى افكار مبالغ فى قيمتها)، ولا يحصل الشخص على لذة من الوسواس برغم أنه يقلل التوتر وأغلب القهورات شيوعا هى غسل اليدين والعد واللمس والهز.

عندما يحاول الشخص أن يقاوم القهور ينتابه شعور بتوتر غامر هذا التوتر يمكن تخفيفه مباشرة بممارسة الفعل القهرى .

وهناك اعراض مصاحبة لاضطراب الوسواس القهرى أهمها الاكتئاب والقلق ورهاب فيه تجنب لمواقف قد تشمل محتوى من الوساوس، مثل تجنب المصافحة لدى شخص لديه وساوس عن التلوث فيتجنب المصافحة باليدين مع الغرباء .

البداية والمسار والتنبؤ بالمآل :

يبدأ الاضطراب عادة فى المراهقة أو بداية الرشد وقد يبدأ فى الطفولة فلقد لوحظ أن (٥٠٪) من المرضى بدأت اعراضهم قبل الرابعة والعشرين من العمر، وأن (٨٠٪) قبل سن الخامسة والثلاثين وأن (٥٠-٧٠٪) من المرضى تبدأ الاعراض لديهم بعد كرب (أو شدة) ، والبداية قد تكون حادة فى نصف الحالات .. وعادة يتكتم المريض أعراضه ولا يمثل للعلاج إلا بعد سنوات ومسار الاضطراب مزمن يتميز بفترات متناوبة من الهوادة والاشتداد ، ولوحظ أن حوالى (٢٠-٣٠٪) من المرضى يتحسنون بدرجة كبيرة وأن (٣٠-٥٠٪) يتحسنون بدرجة متوسطة بينما (٢٠-٤٠٪) من المرضى إما أن يظلوا كما هم أو تتفاقم اعراضهم، وأن ثلث المرضى يصابون بالاكتئاب الذى قد يكون من بين مضاعفاته الانتحار

(١) مثل الطفل الذى يدور حول عمود الكهرباء أمام منزله قبل الدخول فيه كى لا يموت أحد من أفراد أسرته .

اوالادمان ، وهناك خطر ضئيل من تحول الوسواس إلى فصام .. والمآل الحسن للمرض مرتبط بحسن التكيف الاجتماعى والوظيفى وغياب الافعال القهرية فى وجود وساوس مع وجود عامل مرسب وطبيعة نوابية للاعراض .. كما لوحظ أنه لا توجد علاقة بين محتوى الوساوس والتنبؤ بمآل المرض .

وعادة يتكتم المريض أعراضه ولا يمثل للعلاج إلا بعد سنوات .. ومسار الاضطراب مزمن يتميز بفترات متناوبة من الهواده والاشتداد ، ولوحظ أن حوالى (٢٠-٣٠٪) من المرضى يتحسنون بدرجة كبيرة وأن (٤٠-٥٠٪) يتحسنون بدرجة متوسطة ، بينما (٢٠-٤٠٪) من المرضى إما أن يظلوا كما هم أو تتفاقم اعراضهم ، وأن ثلث المرضى يصابون بالاكتئاب الذى قد يكون من بين مضاعفاته الانتحار أو الإدمان وهناك خطر ضئيل من تحول الوسواس إلى فصام .. والمآل الحسن للمرض مرتبط بحسن التكيف الاجتماعى والوظيفى وغياب الافعال القهرية فى وجود وساوس مع وجود عامل مرسب وطبيعة نوابية للاعراض .. كما لوحظ أنه لا توجد علاقة بين محتوى الوساوس والتنبؤ بمآل المرضى .

ويشخص الوسواس القهرى بما يلى :

أ- إما وساوس أو قهورات :

- تميز الوساوس بواسطة الآتى :

١- أفكار أو نزعات أو خيالات يخبرها الشخص متكررة وثابته وسخيفه وتسبب قلقا أو انزعاجا .

٢- الافكار أو النزعات أو الخيالات ليست قلقا على مشاكل حياتيه واقعية.

٣- يحاول الشخص أن يتجاهل أو يكبح مثل هذه الافكار أو الخيالات أو النزعات أو يعادلها بواسطة بعض الافكار الأخرى أو الافعال.

٤- يعى الشخص أن الافكار أو الخيالات أوالنزعات هى من داخله وليست مقحمة عليه من الخارج.

- وتتميز القهورات بأنها :

١- سلوكيات متكررة (مثل : غسل اليدين أو تفحص الأبواب والأنابيب) أو أفعال عقلية (مثل : العد وتكرار الكلمات سرا) يشعر الشخص أنه مجبر على تنفيذها كاستجابة لوسواس أو طبقا لقوانين يجب أن تطبق بشدة .

٢- السلوكيات أو الافعال العقلية تهدف إلى منع أو تقليل الشعور بالكرب أو لمنع حدث أو موقف مخيف ، إلا أن هذه السلوكيات أو الافعال العقلية إما أنها ليست واقعية لما خططت لمواجهته أو منعه أو أنها مفرطة جدا.

ب- فى وقت ما من مسار المرض يعى الشخص أن الوساوس أو القهورات مفرطة وليست منطقية (لاينطبق هذا على الاطفال المصابين بالوسواس القهرى) .

جـ- الوساوس أو القهورات تسبب انزعاجا وتستهلك الوقت أو تتداخل بوضوح مع نظام الشخص اليومى أو أدائه الوظيفى أو الأكاديمى أو الانشطه الاجتماعية .

د- إذا وجد اضطراب آخر على المحور الأول فإن محتويات الوساوس أو القهورات ليست محصورة فيه مثل الانشغال بالطعام فى حالة اضطرابات الأكل .

هـ- الاضطراب ليس بسبب تأثيرات فسيولوجية مباشرة لمادة أو حالة مرضية جسمانية .

يحدد : ما إذا كان مصاحب بضعف الاستبصار أم لا .

التشخيص الفارق :

١- اضطرابات الأكل أو السلوك الجنسى (Paraphilias) أو المقامرة المرضية أو

الادمان فعندما يندمج فيها بشدة قد يشار إليها كفعل قهرى (compulsive) إلا أن هذه الانشطة ليست قهورات حقيقة لأن الشخص يحصل على لذة من أى منها ، وقد يرغب فى مقاومتها فقط بسبب نتائجها الضارة ونفس الشئ فى هوس السرقة (Kleptomania) .

٢- فى نوبة الاكتئاب الجسيم : قد توجد وساوس غير حقيقية مثل الافكار التشاؤمية ولكن لا توجد مواصفات الاكتئاب التشخيصية .

٣- الفصام : وفيه تكون الافكار مفرطة الغرابة ولا يمكن هزها بالنقاش معه لأنها تصل إلى درجة الضلال ، كما أن السلوك النمطى فى الفصام شائع ولكنه يرجع إلى ضلالات أكثر من كونه قهورات حقيقية ، وفى بعض حالات الوسواس قد يوجد ضلالات مفرطة الغرابة أو اعراض أخرى ليست لها علاقة بالوسواس ، وهذا يتيح تشخيص إضافى هو الفصام .

٤- فى بعض الناس يوجد الوسواس مع اضطراب (توريت (Tourett s)

انتشار اضطراب الوسواس القهرى :

قدرت نسبة انتشاره (٠٥ر٪) بين عامة الناس ولكن يعتقد أنه أكثر شيوعا من هذه النسبة ، وأن طبيعة التكتم لدى هؤلاء المرضى هى سبب نقص معدل الانتشار سوهم يمثلون (١٪) من مرضى العيادات النفسية ، ويزيد معدل ذكائهم عن المتوسط ويكثر انتشاره بين الذكور عنه بين الإناث .

أسباب اضطراب الوسواس القهرى :

١- عوامل بيولوجية :

هناك ملاحظات بيولوجية نبهت إلى دور العوامل البيولوجية فى مرضى الوسواس هى :

(١) يوجد تاريخ إصابة أثناء الولادة لهؤلاء المرضى مما يشير إلى دور لإصابة الدماغ فى تسبيب الوسواس.

(٢) بعض مرضى صرع الفص الصدغى لديهم اعراض تشبه الوسواس.

(٣) دراسة النشاط الأيضى لمناطق الدماغ فى مرضى الوسواس كشفت عن زيادة نشاط الأيض فى بعض المناطق عن غيرها .

(٤) وجود عديد من الشذوذات غير النوعية فى نمط تخطيط الدماغ الكهربائى لهؤلاء المرضى ويعتقد أنها (أى الشذوذات) متركزة فى النصيف الأيسر من المخ .

(٥) وجود انتشار بين الأقارب من الدرجة الأولى للمرضى بنسبة (٢-٧٪) بالمقارنه بـ (٥ر٠٪) بين أقارب مرضى اضطرابات القلق الأخرى يشير إلى احتمال ضعيف للعامل الوراثى .

٢- عوامل نفسية واجتماعية :

(١) لقد وصف فرويد ثلاثة آليات (حيل) دفاعية تحدد شكل وكيفيه الوسواس القهرى هى العزل والابطال (Undoing) والتكوين العكسى .. فالعزل يكون لحماية الشخص من القلق من تأثير الحفزات الغريزية ، وفى حالة نجاح العزل تماما فإن الحفزات وما يرتبط بها من وجدان (مشاعر) تكبت تماما ويعى فقط فكرة عارية من المشاعر وإن كانت مرتبطة بها .. أما الإبطال فيرجع إلى التهديد الدائم أن الحفزة قد تهرب من خط الدفاع الأول وهو العزل وتصبح طليقة فيواجه الشخص القلق ولذا يتكون خط الدفاع الثانى فى إبطال الحفزة الغريزية بفعل الوسواس .. أما دور التكوين العكسى فليس فى تكوين الاعراض بقدر ما يكون فى نمط السلوك الظاهر والمواقف التى يعيها الشخص والتى تظهر العكس تماما للحفزات التى تكمن خلفها .

(٢) ولوحظ فى علاقة الشخص والوسواس بموضوعة ثنائية المشاعر (ambivalence) وهى حب الموضوع وكراهيته هذا الصراع من تناقض الانفعالات قد يلاحظ فى نمط الفعل وعدم الفعل السلوكى .

(٣) ينكص الوسواسى إلى طريقة التفكير السحرى (وهى طريقة أولية التفكير) علاوة على وجود نزعات أى أن وظائف الأنا والغرائز تختلط بالتكرار فيتصور أن مجرد تفكيره فى حدث ما فى العالم الخارجى سوف يوقع الحدث دون فعل مباشر وهذا يجعل مجرد الشعور بنزعة العدوان مخيفا لمرضى الوسواس القهرى .

علاج الوسواس القهرى :

لوحظ أن عقار الكلوميبرامين (Clomipramine) له فعالية فى علاج الوسواس القهرى وقد يظهر مفعوله متأخرا بعد شهرين من بدء العلاج وتظهر فعاليته بصفة خاصة فى وجود طقوس قهرية ، ويظل العلاج لمدة تتراوح من ستة شهور إلى عام قبل إيقاف العلاج ، كما تستعمل حاليا مثبطات إعادة أخذ السيروتونين انتقائيا(SSRIs) ، ومثبطات الأنزيم المؤكسد للأمينات الأحادية (MAOIs) والليثيوم ، والبوسبيرون ، والكلونازيبام (Clonazepam) ، ولوحظ أن عديد من المرضى ينتكسون بعد توقف العلاج العقارى .

ويذكر المعالجون النفسيون التحليليون أن كثيرا من اعراض مرض الوسواس تتحسن بالعلاج النفسى التحليلى خلال مسار العلاج ، واستبصار المرضى بنزعاتهم وتحولاتها عن طريق الحيل الدفاعية .. والعلاج النفسى التدعيمى هام فالمريض قادر على العمل والتكيف الاجتماعى ويدفع فى هذا الاتجاه من خلال علاقة علاجية وتدعيمية أسريا بتوضيح الاعراض لأفراد الأسرة وطمأنتهم وتجنبه الضغوط الأسرية .

ويرى المعالجون السلوكيون أن حوالى (٧٠٪) من هؤلاء المرضى يتحسنون

بالعـلاج السلوكى الـذى يتضمن فنيـات سلـب الحسـاسية (Desensitization) والغمر والتشريط المعاكس (Aversive conditioning)

٦- اضطراب الانعصاب التابع لحادث
Post Traumatic Stress Disorder

ويتيميز باعراض خاصة بعد صدمة بعينها وهذه الصدمة أشد من أن تستوعبها خبرة الانسان المعتاد[١] وهذه الاعراض تشمل إعادة المعايشة للحدث الصادم والاستغراق فى ذلك لدرجة تجعله منعزلا عن العالم من حوله وغير مستجيب له ، وهذا يسمى بالخدر النفس(Psychic numbing) أو الخدر الانفعالى (Emotional anesthesia) مع فقد الشعور بالألفة وزيادة اليقظة والحذر مما يجعله يجفل لأتفه الأسباب ، وضعف الناحية الجنسية واضطراب النوم والشعور بالذنب تجاه نجاته من الحادث (إذا حدث هلاك لمن معه) وخلل بالذاكرة ناتج عن نقص الانتباه (القدرة على التركيز) مع تجنب للنشاطات التى تذكره بالحادث .

وأكثر الحوادث شيوعا هى التهديد الخطير لحياة الشخص أو لسلامته الجسمانية أو تهديدا خطير لزوجته أو اطفاله أو آخر مقرب إليه جدا ، أو تدمير مفاجئ لبيت الشخص أو مشاهدة شخص آخر أصيب أو قتل نتيجة لحادث أو عدوان جسمانى .

والشخص قد يمر بخبرة الحادث بمفرده (مثل الاغتصاب الجنسى) أو فى صحبة من الناس مثل الكوارث الطبيعية (كالفيضانات والزلازل) أو حوادث السيارات والطائرات والحرائق .

بالاضافة إلى إعادة معايشة الحادث يوجد تجنب ثابت للمثيرات المرتبطة به أو خدر فى الاستجابة العامة لم يكن موجودا قبل الحادث وعادة يبذل الشخص

---

(١) أى حادث يخرج عن خبرات الشخص الشائعة (مثل الفقد بالموت البسيط أو المرض المزمن) ، ويجب أن يكون مزعجا لأى شخص غالبا ، ويخبره الشخص مصاحبا بخوف شديد وفزع وعجز .

مجهودات متقنة لتجنب الافكار أو المشاعر عن الحادث الأليم الصادم والانشطة أو المواقف التى توقظ تذكر الحادث ، وهذا التجنب لبقايا الحادث قد يشمل النساوة النفسية لجانب هام من الحادث .

ويشار إلى نقص الا ـجابة للعالم الخارجى كخدر نفسى أو خدر انفعالى وعادة تبدأ بعد الحادث الصدم وقد يشكو الشخص من مشاعر الانسلاخ عن الناس أو أنه فقد القدرة على أن يصبح مهتما بأنشطته السابقة أو فقد قدرته على الشعور بانفعالات من أى نوع خاصة المرتبطة بالتعاطف والرفق كما أن القدرة الجنسية تتناقص إلى حد كبير

وهناك اعراض زيادة اليقظة والحذر لم تكن موجودة قبل الحادث تشمل صعوبة الدخول فى النوم أو صعوبة مواصلة النوم (بسبب كوابيس يعاد خلالها معايشة الحادث) مع الخضة والبعض يشكو من صعوبة التركيز وإنهاء المهام ، وفى الحالات الخفيفة قد يصبح التغير فى التعبير عن العدوان فى صورة سرعة استثارة أو خوف من فقد السيطرة على النفس ، وفى الحالات الشديدة قد يصبح فى صورة انفجارات غير متوقعة من العدوان أو تنعدم قدرة التعبير عن مشاعر الغضب .

والاعراض المميزة لانعصاب ما بعد حادثة أو التفاعلات الفسيولوجية غالبا حادة ، أو تترسب عندما يتعرض الشخص لمواقف أو أنشطة تشبه أو ترمزللحادث الأصلى .

وهناك أعراض خاصة بالسن فالطفل الذى يتعرض لحادث قد يصبح أبكم، أو يرفض الكلام عن الحادث [١] وفى الاطفال صغار السن تكون الأحلام المفزعة عن الحادث، وتظل عدة أسابيع بعده أو تظهر الكوابيس عامة غير مرتبطة بالحادث .. ولكن نقص الاهتمام بالانشطة وتضيق الوجدان قد يكون صعبا بالنسبة للاطفال أن يعبروا عنه فيجب أن يتم الاستفسار عنه بعناية من الوالدين

(١) يراعى التمييز بين هذا وبين اضطراب الذاكرة .

والمدرسين والملاحظين الآخرين، ولوحظ تغير الاهتداء والنظرة المستقبلية حيث يفقد الأمل فى المستقبل ويصبح متشائما فلا يتوقع أن يحصل على عمل أو يتزوج .. وقد يظهر على الاطفال علامات جسمانية مختلفة مثل آلام المعدة والصداع وزيادة القلق .

وتصاحب الصورة الاكلينيكية لاضطراب الانعصاب بعد حادثة بأعراض الاكتئاب والقلق، كما قد يوجد سلوك اندفاعى مثل تغيير فجائى فى مكان العمل أو الانقطاع عن العمل دون سبب واضح ، أو تغيير أسلوب حياته ، وقد توجد اعراض تشير إلى اضطراب عقلى عضوى مثل النسيان وصعوبة التركيز والتقلب الانفعالى والصداع والدوار (vertigo) .

ولقد لوحظ هذا الاضطراب أول مرة أثناء الحرب الأهلية الأمريكية (١٨٧١م) وسمى لزمة قلب الجندى (Solder's Heart Syndrome) بسبب اعراض اضطراب القلب .. وفى الحرب العالمية الأولى وصفت هذه اللزمة كصدمة ارتجاف (Shell Shock) ، وافترض أنها تنشأ من إصابة للدماغ ولوحظ اعراض لزمة الانعصاب بعد حادثة أثناء الحرب العالمية الثانية لدى الناجين من معسكرات التعذيب النازية ولدى الناجين من القنابل الذرية باليابان، فورد الاضطراب فى دليل التشخيص الاحصائى الأمريكى الأول (١٩٥٢) تحت اسم تفاعل الانعصاب البارز ثم أغفله الدليل التشخيصى الاحصائى الثانى (١٩٦٨) (DSM-II) إلا أن تكرار ظهور الاضطراب فى أعقاب الحرب الفيتنامية الأمريكية أفسح له مكانا جديدا فى الدليل التشخيصى الاحصائى الثالث (DSM-III) (١٩٨٠) تحت اسم (اضطراب الانعصاب التابع لحادث) .

البداية والمسار والتنبؤ بالمآل :

يحدث الاضطراب عند أى سن بما فى ذلك الطفولة بعد حادث وقد يتأخر

الاضطراب لما بعد الحادث بأسبوع أو يمتد التأخير إلى ثلاثين عاما، والاعراض متماوجة (فترات من الاشتداد وأخرى من الهوادة) بمرور الوقت وقد تزداد خلال فترات التعرض لضغوط ولوحظ أن حوالى (٣٠٪) من المرضى يتم شفاؤهم بينما (٤٠٪) تظل لديهم اعراض خفيفة ، و(٢٠٪) تظل لديهم اعراض متوسطة الشدة و(١٠٪) من المرضى تسوء حالتهم أو تظل كما هى دون تغير .. ويرتبط التنبؤ بمآل حسن لاضطراب الانعصاب التابع لحادث فى الحالات ذات البداية السريعة والتى تقل مدة الاعراض فيها عن ستة شهور والأداء الوظيفى الجيد قبل المرض والمساندة الاجتماعية القوية وغياب الامراض العضوية والنفسية الأخرى .. ومن مضاعفات هذا الاضطراب التجنب الرهابى للأنشطة التى تشبه أو تشير إلى الحادث الأصلى وقد يتداخل فى العلاقات مع الآخرين بالإضافة إلى التقلب الانفعالى والشعور بالذنب الذى قد يؤدى إلى الانتحار .

التشخيص الفارق :

١- **القلق أو الاكتئاب أو الاضطراب الجسمانى أو بتأثير مادة** : إذا حدث بعد الحادثة فإن هذه التشخيصات يجب وضعها فى الاعتبار.

٢- **اضطراب التأقلم** : عادة الطرف الضاغط أقل شدة وتستوعبة الخبرة الانسانية المعتادة مع غياب إعادة المعايشة للحادث والاعراض الأخرى المميزة لاضطراب الانعصاب بعد حادث .

انتشار اضطراب الانعصاب التابع لحادث :

يتفاوت الانتشار حسب حدوث الكوارث الطبيعية والحوادث الصادمة فلقد لوحظ أن حوالى (٥٠-٨٠٪) ممن ينجون من كارثة طبيعية قد يحدث لهم الاضطراب أما انتشاره بين عامة الناس فهو(٥ر٠٪) لدى الذكور(١ر٢٪) لدى الإناث ويكثر انتشاره بين الشباب .

أسباب اضطراب الانعصاب التابع لحادث :

أهم أسباب هذا الاضطراب هو الحادث المسبب لانضغاط مع الظروف الاجتماعية والسمات الشخصية للمريض وقابليته البيولوجية .. وبصفة عامة صغار السن من الاطفال وكبار السن من الشيوخ يجدون صعوبة فى تحمل الظروف الضاغطة والأحداث الصادمة ، كما أن الاشخاص الذين يرتبطون بعلاقات اجتماعية طيبة أقل عرضه لحدوث الاضطراب .

ويعتقد **البيولوجيون** أن المرضى الذين يحدث لهم اضطراب الانعصاب التابع لحادث لديهم قابلية لزيادة نشاط الجهاز العصبى المستقل ولوحظ أن إعادة معايشة الحادث لهؤلاء المرضى ، يصاحبها زيادة افراز أمينات الكاتيكول ، كما أن تخطيط الدماغ الكهربائى أثناء النوم لهم ، كشف أن نومهم يشبه النوم فى حالات الاكتئاب الجسيم فى نقص النوم المصحوب بحركة العين السريعة والمرحلة الرابعة من النوم بطئ الموجه .. وهناك دراسات حديثة تشير إلى أن شبه الأفيونات الداخلية تفرز من خلال إعادة معايشة الحادث وأن الاعراض قد تكون نتيجة انسحاب شبه الأفيونات الداخلية .

أما النظرية التحليلية فترى أن الحادث ينشط صراعات داخلية من الطفولة المبكرة لم تحل ويشمل ذلك الصدمات العاطفية فى الطفولة والتى أصبحت لا شعورية . وإعادة هذه الصدمات يسبب نكوصا مع ظهور الكبت والانكار والإبطال كحيل دفاعية مصاحبة وتزداد إعادة المعايشة بواسطة الأنا هو طريقة لتخفيف القلق والسيطرة عليه، بالاضافة إلى ما يحصل عليه كمكسب ثانوى من المحيطين به من تعاطف واهتمام وشفقة وإشباع لحاجاته الاعتمادية وهذا يدعم الاضطراب ويجعله يستمر .

علاج اضطراب الانعصاب بعد حادث :

تستخدم العقاقير المضادة للاكتئاب مثــل (الأميتريبتيلين) و(الأيميــرامين)

و (الفنلزين) ومثبطات إعادة أخذ السيروتونين (SSRIs) فى علاج الانعصاب بعد حادثة خاصة في وجود اعراض اكتئابية أو أنه يشبه اضطراب الهلع . وهناك تقارير اكينيكية تشير إلى جدوى الكلونيدين (Clonidine) و البروبرانولول (Prpranolol) أو أتينولول (Atenolol) ومضادات التشنجات فى علاج هذا الاضطراب ، وأحيانا يلزم إعطاء مضادات الذهان إذا لوحظ الغليان فى سلوك الشخص (الفوران الداخلى) .. كما أن العلاج النفسى ضرورى لإعطاء الفهم للاعراض والمساندة والطمأنة ، كما يقلل من خطورة أن يصبح الاضطراب مزمنا.. وقد يلزم إدخال المريض مستشفى إذا كانت الاعراض شديدة أو لوحظ احتمال الانتحار .

٧- اضطراب الانضغاط الحاد

Acute Stress Disorder

ويتميز أساسا بحدوث قلق مميز وانشقاق وأعراض أخرى خلال شهر من التعرض :

أ- التعرض لحادث شديد خبره الشخص أو شاهده ، أو واجه حدثا (أو أحداثا) وتتضمن تهديدا حقيقيا بالموت أو الإصابة الخطيرة ، أو التهديد لسلامته البدنيه أو النفسية أو الآخرين ، واستجابة الشخص تضمنت خوفا مهولا والشعور بالعجز والفزع .

ب- بينما حدثت خبرة التعرض للحادث أو بعدها عانى الشخص من ثلاثة أو أكثر من الاعراض الانشقاقية الآتية :

١- الشعور بالخدر أو الانفصال أو غياب الاستجابة الانفعالية.

٢- نقص الوعى بما يحيط به .

٣- إدراك تغير يعترى الشخص .

٤- إدراك تغير يعترى البيئة المحيطة .

٥- النساوة الانشقاقية (حيث لايستطيع تذكر تفاصيل هامة فى الحادث) .

جـ- الحدث الصادم يظل يعايش بواسطة الشخص بطريقة مما يأتى على الأقل : خيالات متكررة أو أفكار أو أحلام ،خطأ تأويل، أو نوبات من إعادة المعايشة أو المعاناة من التعرض لبقايا الحادث .

د- التجنب الملحوظ للمثيرات التى توقظ ما يرتبط بالحادث (مثل الأفكار أو المشاعر أو التحدث أو الانشطة أو الأماكن أو الناس).

هـ- الاضطراب يسبب انزعاجا ملحوظا أو إعاقة اجتماعية أو وظيفية ، أو يعيق الشخص فى أداء بعض المهام الضرورية .

و- الاضطراب ظل على الأقل يومين وعلى الأكثر لمدة شهر وحدث خلال شهر من الحادث .

ل - الاضطراب ليس بسبب تأثيرات فسيولوجية لحالة مرضية جسمانية أو بتأثير مادة .

وهو قلق مميز وانشقاق يحدث خلال شهر من التعرض لحادث شديد ويظل من يومين إلى شهر ، ويحدث تجنبا يسبب إعاقة وظيفية واجتماعية ..ويصاحبه مشاعر من اليأس والعجز لاتكفى لتشخيص اكتئاب جسيم ، ويزداد احتمال تحول هذا الاضطراب إلى انعصاب ما بعد حادث وقد تحدث سلوكيات اندفاعية خطرة بعد الحادث .

ويختلف وقع الحادث على الأشخاص طبقا لثقافاتهم وانطباعات النقد لديهم .

المسار : عادة مدته يومين إلى أقل من شهر وعندما تظل الأعراض لأكثر من شهر تشخص انعصاب تابع لحادث ، وتؤثر خبرات الطفوله والتاريخ الأسرى ونوع الشخصية والاضطرابات النفسية الموجودة مسبقا فى حدوث الاضطراب

التشخيص الفارق :

١- اضطراب عقلى بسبب حالة مرضية جسمانية.

٢- اضطراب عقلى بتأثير تعاطى مادة.

٣- اضطراب ذهانى قصير المدى.

٤- نوبة اكتئاب جسيم .

٥- انعصاب ما بعد حادث.

٦- اضطراب التأقلم المصاحب باكتئاب.

٧- التمارض.

٨- اضطراب القلق العام

Generalized Anxiety Disorder

يتميز اضطراب القلق العام بقلق [١] شديد غير واقعى وتوقعات تشاؤمية باعثة على الخوف حول اثنان أو أكثر من ظروف الحياة والذى يستمر لمدة ستة شهور أو أكثر على أن يكون الشخص خلالها قد عانى من هذه القلاقل أغلب الأيام

الصورة الاكلينيكية للقلق :

وتشمل اعراض التوتر العضلى واعراض زيادة نشاط الجهاز العصبى المستقل واعراض الخوف والحذر والأعراض المصاحبة .

أولا : اعراض التوتر العضلى : وهى الارتجاف أو الرعشة ورفة العضلات

(١) سبق أن عرفنا القلق كعرض مرضى : بأنه الخوف غير المحدد وتوقع حدوث مكروه .

والشعور بالاهتزاز وتوتر العضلات وآلامها وعدم الاستقرار وسرعة الاجهاد.

ثانيًا : **اعراض زيادة نشاط الجهاز العصبى المستقل** : وتشمل كرشة النفس والشعور بالاختناق والشعور بضربات القلب وسرعتها والعرق وبرودة الأطراف وجفاف الحلق والدوخة وخفة الرأس والغثيان والاسهال ، أو اعراض اضطراب معوى وسخونة الوجه وكثرة التبول واضطراب البلع أو الشعور بسدة فى الزور .

ثالثا : **اعراض الخوف والحذر** : وتشمل شعور الشخص بأنه على حافة الهاوية والخضة وصعوبة التركيز والأرق فى بداية النوم أو خلاله وسرعة الاستثارة وفى الاطفال والمراهقين قد يأخذ هذا شكل القلق والترقب فيما يتعلق بالإنجاز الدراسى والرياضى والاجتماعى .

رابعا : **الاعراض المصاحبة** : وعادة تكون اعراض اكتئابية خفيفة وقد تكون اعراض هلع ولكن ليست لها علاقة باضطراب القلق العام .

البداية والمسار والتنبؤ بمال :

قد يبدأ فى أى سن ولكنه يكثر فى العشرينيات والثلاثينات من العمر ومن تعريفه يعد اضطرابا مزمنا وقد يظل مدى الحياة ، والاعاقة مع اضطراب القلق العام خفيفة إذا حدثت ، ولكن من مضاعافاته حدوث نوبات هلع فى (٢٥٪) من المصابين به أو ادمان العقاقير المهدئة فى محاولات المريض علاج نفسه ذاتيا .

التشخيص :

يشخص اضطراب القلق العام فى غياب اعراض نشطة لاضطراب الوجدان فى حالة توفر المواصفات الآتية :

أ- وجود قلق شديد وانقبا ض(توقع مكروه) حول اثنان أو أكثر من ظروف الحياة (مثل قلق الشخص على حظ سئ لابنه مستقبلا دون مبرر منطقى) .. لمدة ستة شهور أو أكثر وكانت الاعراض فى أغلب الأيام.

ب- يجد الشخص صعوبة فى السيطرة على القلق.

جـ- ويشترط وجود ثلاثة اعراض أو أكثر من الاعراض الستة الآتية (على أن لا يكون من بينها اعراض تحدث فقط خلال نوبة هلع) .

١- توتر العضلات .

٢- عدم الاستقرار.

٣- سرعة الشعور بالاجهاد .

٤- صعوبة التركيز .

٥- اضطراب النوم (صعوبة بدء النوم أو المحافظة عليه أو عدم الراحة فى النوم) .

٦- سرعة الاستثارة .

د- إذا وجد اضطراب آخر (على المحور الأول) فإن القلق لا يكون مترتبا عليه فليس القلق خوفا من حدوث نوبات هلع (كما فى اضطراب الهلع)، وليس القلق من التواجد فى جمع من الناس (كما فى الرهاب الاجتماعى)، وليس القلق كخوف من التلوث (كما فى اضطراب الوسواس القهرى)، وليس الخوف من اكتساب وزن كما فى حالات (القهم العصابى) وليس الاضطراب فقط من خلال اضطراب الوجدان أو اضطراب ذهانى.

هـ- القلق أو التوجس أو الاعراض الجسدية تسبب انزعاجا ملحوظا أو خللا وظيفيا أو اجتماعيا.

و- ليس السبب فى الاضطراب التأثير الفسيولوجى لمادة أو حالة مرضية جسمانية (مثل زيادة نشاط الغدة الدرقية أو الانسمام بالكافيين) .

التشخيص الفارق :

١- القلق بسبب حالة جسمانية أو بتأثير مادة : مثل حالات زيادة نشاط الغدة الدرقية أو الانسمام بالكافيين .

٢- اضطراب التأقلم المصاحب بوجدان قلق : لا توجد فيه الصورة الاكلينيكية الكاملة لاعراض القلق ومدة الاضطراب أقل من ستة شهور، ويجب وجود عامل ضاغط معروف.

٣- فى الاضطرابات الذهانية واضطرابات الاكل واضطرابات القلق والاضطرابات الاكتئابية واضطرابات عقلية أخرى عديدة : يكون القلق والترقب الحذر اعراضا بارزة، ولكنها تعزى بوضوح للاضطراب المسئول عنها، فى حين أنه يشخص اضطراب القلق العام فقط فى حالة وجود القلق واعراضه دون علاقة بأى اضطراب آخر .

انتشار اضطراب القلق العام :

هناك دراسات عديدة تشير إلى أن انتشار القلق العام يصل إلى (٢-٥٪) من الناس كافة ولكن بعض الدراسات تشير إلى أنه ليس بهذه الدرجة من الانتشار ، وأن الاضطرابات الاخرى التى تحمل فى طياتها قلق تضاف بعض حالاتها إلى هذه النسبة . . ويستوى فيه الجنسان أى أن نسبة الذكور تماثل نسبته بين الإناث برغم أن بعض الدراسات تشير إلى أن يكثر بين الاناث بنسبه (٢ : ١) .

أسباب اضطراب القلق العام :

١- العوامل البيولوجية :

هناك افتراض أن النورأدرينالين والجابا والسيروتونين فى الفص الأمامى

والجهاز الطرفى من المخ يشتركون معا فى باثوفسيولوجية هذا الاضطراب، وأن هؤلاء المرضى يميلون لأن يكون لديهم زيادة نشاط السمبتاوى واستجاباتهم مبالغ فيها .. كما لوحظ وجود شذوذات فى تخطيط الدماغ خاصة فى إيقاع ألفا وفى فرق الجهد المستحث ، وكشفت دراسات تخطيط الدماغ أثناء النوم عن نقص النوم المتيمز بموجات دلتا البطيئة ، ونقص المرحلة الأولى من النوم بطئ الموجة بالاضافة إلى نقص النوم المصحوب بحركة العين السريعة، وهذه التغيرات البيولوجية مبنية على قياسات موضوعية تقارن وظائف الدماغ لدى مرضى القلق بالأسوياء سواء كانت التغيرات البيولوجية أولية أو ثانوية لتأثيرات القلق فهذا لم يتحدد بعد.

ولوحظ أن (٢٥٪) من أقارب الدرجة الأولى للمرضى يصابون أيضا بالقلق مما يشير إلى دور للجينيات الوراثية ولكن دراسات التوائم لم تؤكد ذلك بل أثارت نتائجها الجدل حول دور الجينيات الوراثية .

٢- العوامل النفسية الاجتماعية :

عرف فرويد القلق بأنه إشارة إلى أن نزعه غير مقبولة تضغط للمثول والخروج والقلق كاشارة يوقظ الأنا لعمل دفاعات ضد هذه الضغوط القادمة من الداخل إذا تصاعد القلق عن الحد الأدنى من الشدة المميز لوظيفته كمحذر فإنه يبزغ بكل اشتعاله فى نوبات هلع ،والأمثل أن استخدام الكبت فقط سوف ينتج استعادة التوازن الفسيولوجى دون تكون اعراض حيث أن الكبت الفعال يحتوى تماما الغرائز وتأثيراتها المرتبطة بها وخيالاتها بدفعها إلى اللاشعور ، أما إذا فشل الكبت كدفاع فإن دفاعات أخرى (مثل القلب والنقل والنكوص) قد تنتج وتتكون الاعراض وهكذا تتكون صورة القلق (أو العصاب) .

والقلق فى إطار النظرية التحليلية أحد الأربعة الآتية :

١- **قلق الغرائز (Id anxiety)** : ويشار به إلى عدم الراحة الأولية المبهمة

الذى ينتاب الطفل عندما يشعر أنه مربك باحتياجات ومثيرات يشعر معها بأنه عاجز ويسبب له هذا فقد التحكم والسيطرة .

٢- **قلق الانفصال** (Separation anxiety) : ويعزى إلى مرحلة قبل أوديبية ولكن الطفل أكبر من السابقة ويخاف من فقد الحب أو أن يصبح منبوذا من والديه وإذا فشل فى ضبط نفسه وتوجيه نزعاته فى تطابق مع قيمهم ومتطلباتهم .

٣- **قلق الخصاء** : وهو يميز الطفل فى الموقف الأوديبى المصحوب بخيالات ومخاوف الخصاء المرتبط بنمو نزعاته الجنسية وقد يتكرر لدى البالغ فى شكل مرضى .

٤- **قلق الأنا الأعلى** : وهو نتيجة مباشرة للنمو النهائى للانا الأعلى الذى يميز حل العقدة الأوديبية .

علاج القلق العام :

يجب أن يقلل الاطباء من وصف العقاقير المضادة للقلق العام ما أمكن وذلك لطبيعة المرض المزمنة التى توجب تخطيط العلاج بدقة .. وتعد مجموعة البنزودياًزبين (Benzodiazepines) حاليا هى المجموعة المفضلة فى علاج القلق على أن تعطى عند اللزوم أو تعطى لفترة محدودة ثم توقف ، وخلال هذه الفترة يكون هناك دور للعلاج النفسى والاجتماعى فى اكتشاف أسباب القلق والعمل على حلها حيث أن الاستمرار فى تعاطى هذه العقاقير يحمل مخاطر الادمان[١] وتستخدم المطئنات العظمى بجرعات صغيرة فى علاج القلق كما تستخدم مقفلات مستقبلات البيتا الأدرينالية (B-adrenergic blockers) [١] ومضادات الاكتئاب ثلاثية (TCA) ومثبطات الانزيم المؤكسد للأمينات الأحادية (MAOIs) ومضادات الحساسية ، وحاليا مثبطات اعادة أخذ السيروتونين انتقائيا (SSRIs)

(١) أنظر الأعراض الجانبية فى باب العلاج بالعقاقير .

وعقار البوسبيرون.

وعلاج القلق من المنظور التحليلى يتم من خلال علاج تبصيرى طويل الأمد موجه نحو تكوين الطرح، الذى يسمح حينئذ بإعادة العمل فى مشكلة النمو وحل الاعراض المرضية .

أما العلاج السلوكى للقلق فيتركز فى سلب الحساسية مع مداخل علاج معرفية تهدف لإبطال التشريط بالاضافة إلى فنيات الاسترخاء وتعديل السلوك .

٩- اضطراب القلق بسبب حالة مرضية جسمانية

Anxiety Disorder dure to a General Medical Condition

يتميز بالآتى :

أ- قلق بارز أو هلع أو وساوس أو قهورات.

ب- يوجد برهان (من التاريخ المرضى أو الفحص الجسمانى أو المشاهدات المعملية) أن الاضطراب سببه حالة مرضية جسمانية.

جـ- الاضطراب لايعد راجعا لاضطراب عقلى آخر (مثل اضطراب التأقلم المصاحب بقلق الذى فيه العامل الضاغط هو مرض جسمانى) .

د- الاضطراب يسبب انزعاجا ملحوظا أو خلل وظيفى أو اجتماعى.

هـ- الاضطراب ليس جزءا من مسار الهذيان أو الخزف.

- يحدد ما إذا كان مصاحبا بقلق أو نوبات هلع أو وساوس قهرى .

ويتميز بقلق بارز أو أحد اضطراباته بسبب حالة مرضية جسمانية ، ومن أمثلته الحالة المرضية اضطراب الغدد الصم (مثل : زيادة أو نقص هرمون الغدة

---

(١) مثل عقار البربرانولول (Propranolol) .

الدرقية ، ورم القواتم Pheochromocytoma ونقص السكر بالدم) اضطرابات الجهاز الدورى (مثل : هبوط القلب الاحتقانى ، خلل ايقاع القلب وجلطة الاوعية الدموية بالرئتين)، حالات الجهاز التنفسى (مثل مرض الانسداد الرئوى المزمن والتهاب الرئتين)، حالات أيضية (مثل : نقص فيتامين ب ١٢ والبرفيريه)، حالات عصبية (مثل : الأورام ، التهاب الدماغ) .

التشخيص الفارق :

١- الهذيان .

٢- اضطراب القلق بسبب تأثير مادة .

٣- اضطراب القلق الأولى .

٣- اضطراب التأقلم المصاحب بقلق أو بوجدان مختلط من القلق والاكتئاب .

٥- القلق غير المحدد فى مكان آخر .

١٠- اضطراب القلق بسبب تأثير مادة

Suhstance-Induced Anxiety Disorder

أ- وجود قلق بارز أو هلع أو وساوس أو قهورات فى الصورة الاكلينيكية .

ب- وجود برهان أن الاعراض السابقة حدثت خلال شهر من الانسمام بمادة أو سحبها أو بسبب عقار طبى .

جـ- لايعد الاضطراب لسبب مرض نفسى آخر غير المادة .

د- الاضطراب لايحدث كجزء من مسار الهذيان.

هـ- الاضطراب يسبب انزعاجا ملحوظا أو خلل وظيفى أو اجتماعى.

ملحوظه : يشخص عندما تكون أعراض الانسمام بمادة أو سحبها المواد

التى تسبب القلق هى :

١- الكحول ٢- الأمفيتامين وما يشبهه ٣- الكافيين ٤- القنب

٥- الكوكايين ٦- محدثات الهلاوس ٧- المستنشقات

٨- عقار الـ ب سى ب وما يشبهه

٩- المهدئات أو المنومات أو مضادات القلق

١٠- مادة أخرى (أوغير معروفه)

- يحدد مع قلق عام أو هلع أو وسواس قهرى أو أعراض رهابية .

- ويحدد إذا كانت بدايته خلال الانسمام أو خلال الانسحاب .

ويتميز بوجود أحد اضطرابات القلق بتأثير مادة أو بسحبها أو بسبب عقار طبى ، وينتج عنه انزعاجا ملحوظا أو يؤثر فى الأداء الوظيفى والاجتماعى للشخص .

التشخيص الفارق :

١- اضطراب القلق العام واضطرابات القلق الأخرى .

٢- الهذيان .

٣- اضطراب الانسمام بمادة .

٤- اضطراب انسحاب مادة .

١١- اضطراب القلق غير المحدد فى مكان آخر

Anxiety Disorder Not Otherwise Specefied

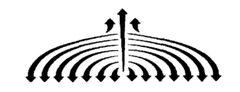
وهى مجموعه تشمل اضطرابات بقلق بارز أو تجنب رهابى لاتتفق مع

مواصفات اضطرابات القلق المحددة أو اضطراب التأقلم المصاحب بقلق أو اضطراب التأقلم المصاحب بوجدان مختلط من القلق والاكتئاب .. وتشمل على سبيل المثال :

١- اضطراب القلق والاكتئاب المختلط .

٢- رهاب اجتماعى ملحوظ بسبب أن الشخص لديه حالة مرضية جسمانية (مثل : مرض باركنسون أو مرض جلدى أو تهتهه أو اضطراب التشوه الوهمى للجسد) .

٣- الحالات التى يقرر الفاحص فيها أن الشخص لديه قلق ولكن لايمكنه الجزم بأنه مرض أولى أو راجع لحالة مرضية جسمانية أو بتأثير مادة .



الفصل الخامس

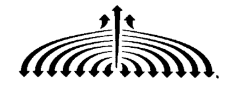
مقدمة :

١- شاب فى العشرين من عمره تردد على جراح تجميل لاجراء جراحة لندبة غير بارزة فى وجهه فأخبره الجراح أن العملية سوف تترك أثرا أكبر من الندبة وحوله الى الطبيب النفسى الذى فحصه فوجده يبالغ فى الانشغال بالتشوه الناتج عن الندبة، وهذا الانشغال لا يصل الى درجة الضلال، مع الاهتمام بالتفاصيل وشدة النظام فى حياته كسمات شخصية مميزة .

٢- فتاة فى الثامنة عشرة من عمرها تعرضت لظروف نفسية ضاغطة فأصابها احتباس فى الصوت وبفحص أحبالها الصوتية وجدت سليمة فحولت للطبيب النفسى الذى جلست معه هادئة لا مبالية تحاول أن تجيب على الأسئلة بإشارات من يديها .

٣- رجل فى الأربعين من عمره يعمل نجارا تردد على أطباء القلب عدة مرات على مدى الشهور الثمانية الماضية، وطمأنه كل منهم بعد عمل الفحوصات اللازمة ولكنه مازال منشغلا بأن لديه مرضا بالقلب فحول للطبيب النفسى الذى وجد انشغالا بمرض القلب لا يصل الى درجة الضلال .

هذه أمثلة لحالات اكلينيكية سوف نعرض لها فى هذا الفصل. .هل يمكنك بعد إعادة قراءتها أن تضع أهدافا تعليمية تغبى معرفتها ؟ماهى هذه الأهداف ؟



الاضطرابات جسدية الشكل

Somatoform Disorder

وهى مجموعة الاضطرابات التى تبرز فيها الاعراض الجسمانية وتشير الى اضطراب جسمانى وليس لها سبب عضوى او تغير فسيولوجى يفسرها ولكن هناك من البراهين ما يدل علي ارتباطها بالحالة النفسية وحدوث الاعراض ليس تمارضا او عن قصد وتشمل :

١- اضطراب التجسيد .

٢- الاضطراب جسدى الشكل غير المتميز .

٣- اضطراب التحول .

٤- اضطراب الألم جسدى الشكل .

٥- توهم المرض .

٦- اضطراب تشوه الجسد الوهمى .

٧- الاضطراب جسدى الشكل غير المصنف فى مكان آخر .

١- اضطراب التجسيد

Somatization Disorder

وهو اضطراب مزمن من الشكاوى الجسمانية المتعددة التى يمكن تفسيرها طبيا وترتبط بالكروب النفسية والاجتماعية، وتكرار هذه الشكاوى يصاحبه البحث عن علاج طبى وكان يسمى هذا الاضطراب لزمة بريكيه (Briquet's Syndrome) وأحيانا كان يسمى هستيريا .

عادة ما يعرض المريض لشكاواه فى شكل درامى غامض او بطريقة مبالغ فيها او كجزء من تاريخ طبى معقد شخصت فيه اعراضه تشخيصات طبية متعدة، وأعْطى علاجات عديدة من الاطباء. . و الشكاوى أيضا متفاوته ولكنها عادة تشمل الاجهزة الآتية :اعراض عصبية كاذبة او تحولية) مثل الشلل او العمى(والجهاز الهضمى) مثل الآم البطن (واضطرابات الجهاز التناسلى) مثل الالام المصاحبة للحيض لدى الأنثى (وآلام الظهر واعراض ترتبط بالصدر والقلب) مثل الاختناق والدوخة .

ويصاحب اضطراب التجسيد غالبا بأعراض القلق او الاكتئاب، بالاضافة الى السلوك المضاد للمجتمع والمصاعب المهنية والمشاكل الزوجية، وأحيانا توجد هلاوس فى صورة سماعه)أى المريض (لصوت ينادى عليه باسمه، ولكن فهم الواقع سليم وغالبا توجد مواصفات الشخصية الهستيرية ونادرا توجد مواصفات الشخصية المضادة للمجتمع .

البداية والمسار والتنبؤ بالمآل :

يبدأ اضطراب التجسيد غالبا فى العقد الثانى من العمر ونادرا فى العشرينيات والاعراض المبكرة لظهوره لدى الفتيات هى اعراض اضطراب الحيض (الدورة الشهرية) ثم يصبح المسار مزمنا ومتماوج على هيئة فترات من الهوادة والاشتداد ونادرا ما يتم التحسن التلقائى ونادرا ما يمر عام دون اللجوء الى العلاج الطبى. . وكثيرا مايتعرض لتشخيصات طبية متعددة ،وأحيانا يتعرض لجراحه غير ضرورية او يصبح مدمنا لعقاقير نفسية ،وقد يصاب بفترات من الكآبة الشديدة التى قد تصل الى محاولات الانتحار،اوالانتحار فعلا ،ولكن لوحظ أن معدلات الوفيات بين هؤلاء المرضى لا تزيد عنها بين عامة الناس.

تشخيص اضطراب التجسيد :

ويتميزبالاتى :

أ- وجود تاريخ مرضى لشكاوى جسمانية متعددة تبدأ قبل سن الثلاثين وتظل لعدة سنوات ويترتب عليها خلل اجتماعى أو وظيفى مع بحث عن علاج طبى.

ب- تصاحب الأعراض خلال مسار الاضطراب بمايلى :

١- أربعة أعراض ألم : تاريخ ألم ينسب على الأقل لأربعة مناطق أو وظائف (مختلفة) مثل :الرأس - البطن - الظهر - المفاصل - الأطراف - الصدر - المستقيم - أثناء الدورة الشهرية - أثناء الجماع - أثناء التبول

٢- عرضان للقناة الهضمية :تاريخ لعرض مرضى واحد على الأقل إضافة للألم فى القناة الهضمية مثل : (الغثيان - الانتفاخ - القىء غير الذى يحدث أثناء الحمل ، الاسهال أو عدم تحمل) إطاقة (أنواع عديدة من الطعام).

٣- عرض جنسى واحد : تاريخ لعرض مرضى جنسى واحد أو تناسلى خلاف الألم مثل : (خلل وظيفة الانتصاب أو القذف أو عدم انتظام الحيض أو النزف الحيضى الكثير أو القئ أثناء الحمل).

٤- عرض عصبى كاذب واحد :تاريخ لعرض واحد على الأقل أو نقص يشير إلى الحالة العصبية غير المحصور فى الألم أى أعراض تحولية مثل :خلل التحكم أو الاتزان أو الشلل أو الضعف الموضعى، أو صعوبة البلع أو سدة فى الزور أو احتباس الصوت أو احتباس البول أو الهلاوس أو الصمم أو فقد اللمس أو الألم أو الرؤية المزدوجة أو العمى أو التشنجات ، أو الاضطرابات الانشقاقية مثل النساوة .

جـ- يجب أن يتحقق أى من (١) أو (٢)

١- بعد التقصى والفحص الطبى المناسب كل الاعراض السابقة(فى ب)لايمكن تفسيرها كحاله طبية عضوية معروفه وليست تأثيرا لتعاطى مادة ما.

٢- عندما توجد حالة طبية عضوية لها علاقة فإن الشكاوى الجسمانية وما ينتج عنها من إعاقة اجتماعية ووظيفية يزيد على المتوقع من خلال مشاهدات

فحص الحالة الطبية العضوية.

٣- الأعراض لاتستحدث عن قصد أو تلفق كما فى اضطراب استحداث أعراض جسدية أو التمارض .

الأعراض المصاحبة:-

- المبالغة ولفت الانتباه مع نقص المعلومات المرضية الحقيقية التى توصل إلى تشخيص وإفراط فى سرد العلاجات الطبية التى وصفت ، وغالبا يبحثون عن علاجات من أطباء عديدين فى نفس الوقت.

- القلق والاكتئاب ونوبات الهلع (Panic) والادمان.

- سلوك اندفاعى ومضاد للمجتمع وتهديد بالانتحار مع محاولات انتحار وانفصال زواجى.

- عرضه لفحوصات عديدة ووسائل تدخل تشخيصية ودخول مستشفيات وعمليات جراحية.

- قد يشخص لديهم اضطرابات وظيفية مثل لزمة اضطراب القولون (irritable bowel syndrome)

ونظرا لأنها لزمات تغيب فيها العلامات الموضوعية المستقرة الثابته والمشاهدات المعملية المحددة ، فإن أعراضها يمكن أن تعد ضمن تشخيص اضطراب التجسيد.

التشخيص الفارق :

١- يجب على الأخصائى قبل تشخيص هذا الاضطراب استبعاد الاضطرابات ذات الاعراض العابرة وغير المحددة مثل التصلب المتناثر (MS) والذئبة

الحمراء (S.L.E) والبرفيرية (Porphyria) وزيادة نشاط الغدة جار الدرقية والامراض المعدية الجهازية المزمنة .

٢- الفصام المصاحب مع عديد من الضلالات الجسمانية وقد يصاحب اضطراب التجسيد .

٣- اضطراب الهلع : الاعراض تكون فى إطار نوبة الهلع .

٤- اضطراب التحول :وفيه يكون عرض واحدا او أكثر من الاعراض التحولية فى غياب صورة اضطراب التجسيد الاكلينكية .

٥- اضطراب استحداث اعراض جسمانية :يكون لدى الشخص شعور بأنه يتحكم فى احداث الاعراض .

انتشار اضطراب التجسيد:

يحدث اضطراب التجسيد بنسبة (١-٢٪) من كل الاناث فى أقل من ذلك بكثير بين الرجال ويقل انتشاره كلما ارتفع المستوى الاجتماعى ويزداد معدل الانتشار بين الأميين الفقراء ويبدأ قبل سن الثلاثين . . ويحدث فى بعض الأسر بشكل مطرد حيث لوحظ أن انتشاره بين الإناث أقارب الدرجة الأولى للمرضى بنسبة (١٠-٢٠ ٪) كما يزداد بين الأقارب من الذكور اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع والادمان .

أسباب اضطراب التجسيد :

١- عوامل بيولوجية : لوحظ أن انتشار الاضطراب فى كل من التوائم المتماثلة يصل الى (٢٩ ٪) بينما نسبته فى التوائم غير المتماثلة (١٠ ٪) وفى هذا إشاره لدور الجنيات الوراثية ، كما أشارت دراسات التبنى أن الأباء البيولوجين والمتبنين المصابين باضطراب التجسيد يصاحبه لدى الأبناء زيادة حدوث اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع والادمان، وهذا يؤكد دور العوامل البيئية بجانب العوامل الجينية .

٢- العوامل البيئية والاجتماعية :النموذج الوالدى والتعلم من الأسرة يوحى للطفل أن يجسد معاناته كما أن الايذاء البدنى للطفل ينمى ميول التجسيد لديه وكذلك عدم الاستقرار الأسرى.

٣- العوامل النفسية : افترض أن مرضى اضطراب التجسيد لديهم خلل مميز انتباهى ومعرفى ينتج عنه ادراك خاطئ وتقويم للمداخل الحسية الجسدية فترصد أخطاء جسدية(اعراض) غير حقيقية .

١- علاج اضطراب التجسيد :

يلزم هذا المريض علاقة طبية طويلة الأمد مع طبيب واحد لأن تردده على عدد من الاطباء يعطى فرصة لتدخلات علاجية غير لازمة (مثل العمليات الجراحية) . وللعلاج النفس دور هام حيث يقلل كثيرا من اضطراب التجسيد لديهم ومن دخولهم المستشفيات، حيث يساعد المريض على قبول اعراضه والتكيف معها وهذا يزيل الشعور بها ويزيلها أيضا، بالاضافة الى مساعدة المريض على حل مشاكله الحقيقية ،ويجب تجنب اعطاء العقاقير النفسية والمسكنات ولكن اذا وجدت اعراض قلق او اكتئاب يمكن اعطاء مضادات لها.

٢- الاضطراب جسدى الشكل غير المتميز
Undifferentiatd Somatoform Disorder

وهو اضطراب جسدى الشكل يميزه عديد من الشكاوى الجسمانية التى استمرت ستة شهور دون سبب طبى يفسر ذلك ،على أن تحدث هذه الشكاوى بعيدا عن أى مرض نفسى آخر، ولقد صنف هذا الاضطراب لاستيعاب الحالات التى لا تتفق مواصفاتها مع اضطراب التجسيد، فقد يوجد عرض واحد مثل صعوبة البلع او عديد من الاعراض الجسمانية مثل الاجهاد ونقص الشهية للطعام ومشاكل الجهاز المعوى.

ويعد هذا الاضطراب بقايا اضطراب تجسيد ولكنه أكثر شيوعا منه ويصاحبه أحيانا اعراض القلق والاكتئاب ، ومساره غير محدد فهو يتفاوت من حالة لأخرى ولكنه متردد غالبا او محدود بنوبة واحدة (على الأقل ستة شهور)، ومضاعفاته وأسبابه وعلاجه فينطبق عليه ما ينطبق على اضطراب التجسيد.

أى أنه يتميز بشكاوى جسمانية غير مفسرة طبيا وتظل على الأقل فترة ستة شهور ، ولا تصل فى شدتها لتشخيص اضطراب التجسيد.

ويشخص بالآتى:

أ- وجود واحد أو أكثر من الشكاوى الجسمانية (مثل :الاجهاد - فقد الشهية - شكاوى هضمية أو بولية).

ب- مع وجود أى من (١) أو (٢) :

١- بعد التقصى الطبى المناسب لايمكن تفسير الأعراض تماما بواسطة حالة طبية مرضية معروفه ، وهى أيضا ليست بتأثير تعاطى مادة.

٢- عندما توجد حالة طبية مرضية فإن الاعراض الجسدية أو الخلل الناتج عنها اجتماعيا أو وظيفيا يزيد عما هو متوقع من تاريخ تلك الحالة ومشاهداتها المعملية.

جـ- الأعراض تسبب كربا وخللا اجتماعيا أو وظيفيا.

د- مدة الاضطراب لاتقل عن ستة شهور.

هـ- الاضطراب لايعد كجزء من اضطراب نفسى آخر (مثل : اضطراب آخر جسدى الشكل أو خلل الوظيفية الجنسية أو اضطراب الوجدان أو اضطراب القلق أو اضطراب النوم أو اضطراب ذهانى) .

و- الاعراض لم تستحدث عن قصد(كما فى اضطراب استحداث أعراض جسدية أو التمارض).

التشخيص الفارق :

١٠- اضطراب التجسيد : بوجود عدد لازم من الاعراض المميزة لعدة سنوات والبداية قبل سن الثلاثين.

٢- اضطراب تأقلم المصحوب بأعراض جسمانية : تكون المدة أقل من ستة شهور.

٣- العوامل النفسية المؤثرة على الحالة الجسمانية :والتى تمثل اعراضها فى صورة مرض او لزمة على المحور الثالث .

٣- اضطراب التحول

Conversion Disorder

(Hysterical Neurosis, Conversion type)

ويميزه تغير او فقد وظيفة جسمانية الناتج عن صراع نفسى او حاجة نفسية مثل هذه الاعراض الجسمانية لا يمكن أن يفسرها مرض طبى معروف او آلية باثوفسيولوجية ، ومرضى هذا الاضطراب لا يعون الأساس النفسى لأعراضهم ولا يمكنهم التحكم فيها بارادتهم .

وأكثر اعراض اضطراب التحول وضوحا وتقليدية تلك التى توحى بمرض عصبى مثل الشلل واحتباس الصوت، ونوبات التشنج واضطراب التحكم الحركى والعمى والرؤية الأنبوبية (Tunnel vision)وفقد حاسة الشم (Anosmia)، وخدر او تنميل فى جزء او كل الجسم، ونادرا ما تحدث الاعراض التحولية فى الجهاز العصبى المستقل او جهاز الغدد الصم، فالقئ كعرض تحولى يمكن أن يمثل رفض وقرف، والحمل الكاذب (Pseudocyesis)يمكن أن يمثل رغبة فى الحمل والخوف منه معا .

وتوجد آليتان لتفسير تكون الاعراض التحولية :

الأولى : المكسب الأولى (Primary gain) :

حيث يحتفظ الشخص بصراعه الداخلى او حاجته النفسية بعيدا عن دائرة الوعى وتوجد علاقة مبدئية بين المثير البيئ الذى له علاقة بالصراع النفسى او الحاجة النفسية وبدء او تفاقم العرض (مثل الاستفزاز الذى يحدث صراعا داخليا حول التعبير عن الغضب فيعبر هذا الصراع باحتباس الصوت او رؤية منظر صدمى يثير صراعا يعبر عنه بالعمى الهستيرى ، وفى مثل هذه الحالات للعرض دلالة رمزية تمثل حل جزئى للصراع النفسى الكامن).

الثانية :المكسب الثانوى (Secondary gain) :

بتجنبه النشاط المزعج له بالاضافة الى ما يحصل عليه من مساندة وتعاطف واشفاق من البيئة المحيطة مثل الجندى الذى يصاب بالشلل فيتجنب حمل السلاح بالاضافة الى ما يناله من إشفاق المحيطين واهتمامهم والشخص ذو الميول الاعتمادية قد يحدث له العمى او عدم القدرة على المشى اوالوقوف (astasia -abasia) ليمنع مغادرة شريكه له مع أن كل حركات الرجلين طبيعية .

ويتيمز اضطراب التحول بأنه غالبا عرض واحد خلال النوبة ولكنه قد يتفاوت فى المكان وطبيعته اذا وجدت نوبات تاليه ، وأن الاعراض تحدث فجأة فى موقف ضاغط .

ويصاحب العرض التحولى سمات الشخصية الهستيرية وعدم المبالاة تجاه العرض حتى أُطلق على من لديها اضطراب التحول الجميلة اللامبالية (Labelle indifference) وهذه العلامة ليست ذات قيمة تشخيصية عالية ،لأنها قد توجد لدى بعض المرضى بمرض جسمانى خطير .

بداية الاضطراب ومساره ومآله:

يبدأ الاضطراب عادة فى المراهقة او بداية الرشد او منتصف العمر او حتى العقود الأخيرة من العمر، بداية مفاجئة والمسار عادة قصير والشفاء مفاجئ أيضا وأحيانا تتكرر النوبات ويصبح المسار مزمنا، حوالى (٢٥ ٪) من المرضى يحدث لهم أعراض تحولية أخرى خلال السنوات الخمس التالية ، وبصفة عامة يوجد عرض واحد خلال نوبة الاضطراب، وفى النوبات التالية إما أن يكون نفس العرض او غيره .

الاعاقة والمضاعفات:

لاضطراب التحول تأثير ملحوظ على الأنشطة الحياتيه وكثيرا ما يعوقها، كما أن الفقد الطويل لوظيفة قد ينتج عنه مضاعفات حقيقية وخطيرة ، مثل تقوسات فى الاطراف او ضمور العضلات المشلولة لاهمالها وعدم استعمالها (Disuse Atrophy)، خاصة عندما يرتبط بشخصية معتمدة مضطربة فإن العرض التحولى يشجع على نمو الدور المرضى المزمن (Chronic Sick Role) [(١)] وقد يحدث تشوه او عجز من جراء الأساليب التشخيصية غير اللازمة.

---

(١) يعرف الدور المرضى أو السلوك المرضى بأنه الطريقة التى يتميز بها ادراك المريض وتقييمه وتفاعله مع أعراضه ، فبينما نجد شخصا لايلقى بالا لعرض معين تجد آخر ينسحب من عمله ويتوتر وتحدث له اعاقة نفسية خطيرة ، ويمر سلوك المرض هذا بمراحل **أولاها** : مرحلة الشعور بالعرض : حيث يقرر أن هناك اضطراب ما **وثانيها** : مرحلة تقمص دور المرض : حيث يبدأ فى التوقف عن أداء مهامه العادية ويقنع المحيطين به باستحقاقه لدور المريض، **وثالثها** : طلب الرعاية الطبية ، **ورابعها** : تقمص دور المريض الاعتمادى ، ثم يعود المريض فى المرحلة الخامسة الى الكدح والسعى فى الحياة والتخلى عن دور المريض ولكن يظل ملتصقا به أحيانا .

تشخيص اضطراب التحول :

ويتميز بتغير أو فقد وظيفة جسمانية ناتج عن صراع نفسى أو حاجة نفسية ، ولايفسره مرض طبى معروف أو آلية باثوفسيولوجية ، ومرضى هذا الاضطراب لايعون الأساس النفسى لأعراضهم ولايمكنهم التحكم بإرادتهم.

ويشخص بالمواصفات الآتية:

أ- وجود عرض أو أكثر أو قصور يؤثر فى الأداء الحركى أو الحسى الذى يوحى بحالة عصبية أو طبية عضوية.

ب- العوامل النفسية ترتبط بالاعراض أو القصور ، أى أن الأعراض بدأت أو تفاقمت بعد صراع نفسى أو ضغوط.

جـ- العرض أو القصور لايستحدث عن قصد أو يلفق(كما فى اضطراب استحداث أعراض جسدية أو التمارض).

د- بعد الاستقصاء الطبى المناسب لايمكن تفسير العرض كمرض طبى عضوى أو كتأثير لتعاطى مادة ما أو كسلوك مقبول .

هـ- العرض أو القصور يسبب انزعاجا مع خلل وظيفى أو اجتماعى.

و - العرض أو القصور لا يقتصر على الألم أو خلل الوظيفة الجنسية ، ولا يمكن استبعاده خلال مسار اضطراب التجسيد، ولايمكن اعتباره جزءا من اضطراب نفسى آخر.

الاعراض المصاحبة :

- سمات الشخصية شبه الهستيرية - عدم المبالاة تجاه العرض .

التشخيص الفارق :

١- بعض الامراض الجسمانية ذات الاعراض الغامضة والمتعددة مثل التصلب

المتناثر(Multiple Sclerosis) أو مرض الذئبة الحمراء الجهازى (Systematic Lupus Erythematosus) وخاصة فى المراحل المبكرة من المسار فيخطأ فى تشخيصه على أنه اضطراب تحول ، يتم تشخيص اضطراب التحول اذا كانت الاعراض لا تتفق مع مرض جسدى معروف، مثل الشكاوى التى يتضح أنها غير متسقة مع التوزيع التشريحى للجهاز العصبى او وظيفة حركية جيدة لجزء من الجسم مفترض أنه مشلول اوعمى هسنيرى لدى شخص ورغم ذلك توجد استجابات سوية لانسان العين (pupil) كما أن زوال الاعراض خلال الإيحاء او التنويم المغناطيسى او الحقن بالصوديوم أموباربيتال (Amobarbital) يوحى بتشخيص اضطراب التحول ولكن يلاحظ أن التحسن المبدئى بالايحاء له قيمة تشخيصية ضئيلة لأنه قد يحدث مع مرض عضوى حقيقى .

٢- الامراض الجسمانية التى تلعب فيها العوامل النفسية دورا هاما مثل القولون المتصلب (Spastic Colon) او الأزمة الربوية (الشعبية) (Bronchial Asthma) لا يجب تشخيصها اضطراب تحول لأن لها آليات مرضية محددة أو آليات باثوفسيولوجية مسئولةعن الاضطراب.

٣- اضطراب التجسيد ونادراً الفصام : حيث لا يشخص اضطراب التحول عندما تعزى الاعراض لأي من هذين الاضطرابين .

٤- الاضطرابات الجنسية : نظرا لأنه يصعب تحديد ما اذا كان الارتخاء الجنسى مثلا لدى الرجال(او البرود الجنسى لدى الإناث) يمثل تفاعلا فسيولوجيا للقلق او أنه تعبير مباشر عن الحاجة النفسية او الصراع النفسى ،بالاضافة الى وضع كل الاضطرابات الجنسية معا فى مجموعة فإن الاعراض التحولية المتضمنة اختلالا فى الوظيفة الجنسية لا تشخص على أنها اضطراب تحول.

٥- الألم الجسدى الشكل : يمكن أن يفهم على أنه عرض تحولى ولكن نظرا

لاختلاف المسار والعلاج ونتائجه فإنه يوضع كاضطراب منفصل .

٦- توهم المرض :حيث توجد اعراض جسمانية ولكن لا يوجد فقد او تشوه فعلى لوظائف الجسم .

٧- اضطراب استحداث اعراض جسمانية (Factitious Disorder)تحدث الاعراض فيه عن قصد ويصعب أن تميز نوبات صرعية هستيرية من أخرى مستحدثة .

٨- ادعاء الاعراض :الذى يكون عن قصد ولهدف واضح .

انتشار اضطراب التحول :

تشير الاحصاءات فى الدول المتقدمة الى أن اضطراب التحول حاليا نادر،ولكن بعض الدراسات المسحية تشير الى أن معدل حدوث اعراض تحولية فى وقت ما من حياة الشخص (Life time incidence) يتراوح من (٢٥٪) الى (٣٣٪) وأن انتشار اضطراب التحول بين مرضى المستشفيات العامة الذين يمثلون للفحص النفسى يتفاوت من (٥٪) الى (١٦٪) ، وبالمقارنة بذلك فإن مرضى اضطرا التحول الذين يمثلون للعلاج الطب نفسى أقل كثيرا .

ويكثر اضطراب التحول بين الإناث مرتين الى خمس مرات عنه بين الذكور، كما يكثر بين المراهقين والشباب وبين الطبقات الاجتماعية الفقيرة وفى المجتمعات الريفية والأميين، ولعل هذا يفسر انتشاره بدرجة ملحوظة فى الدول الفقيرة ودول العالم الثالث التى يكثر فيها الفقر والأمية بالاضافة الى الكبت .

أسباب اضطراب التحول :

١- **عوامل بيولوجية** : يعتقد البعض أن اضطراب التحول له أساس نيوروفسيولوجى فى صورة اضطراب فى يقظة جهازهم العصبى المركزى

وافترض أن اعراضهم تنشأ من فرط اليقظة القشرية التى تولد تغذية مرتجعه سالبة بين قشرة المخ والجهاز المنشط الشبكى فى جذع الدماغ ، وزيادة معدلات (corticofugal output) بدوره يثبط النبضات الحسية الحركية الصاعدة ، وهكذا يقل الوعى باحساسات الجسم التى تظهر فى بعض مرضى اضطراب التحول كنقص حسى.

٢- **عوامل نفسية** : ترجع النظرية التحليلية اضطراب التحول إلى كبت الصراعات الداخلية اللاشعورية وتحويل القلق إلى عرض جسمانى والصراع يقع بين حفزة غريزية(عدوانية او جنسية)وبين حرمة التعبير عنها او منعها وظهور العرض يسمح بالتعبير الجزئى للرغبة الممنوعة ولكنها(أى الحفزة) تثير الاشمئزاز لدى المريض لدرجة أنه لا يواجهها شعوريا، أى أن العرض التحولى له علاقة رمزية بالصراع اللاشعورى كما أن الاعراض التحولية تمكن المريض من نيل اهتمام خاص ومعاملة خاصة ، وهكذا فإن هذه الاعراض تعد وسائل اتصال غير لفظى للسيطرة على المحيطين به، وتسخيرهم للاهتمام به ، وهذا ما أشرنا اليه كمكسب ثانوى ضمن الآليتين الأساسيتين فى حدوث اضطراب التحول .

العلاج :

نخبر المريض أنه لا يوجد خلل بجسده وأن العرض سوف يختفى والمدخل المفضل فى علاج اضطراب التحول هو العلاج النفسى ، خاصة العلاج النفسى التحليلى الذى يهدف الى استكشاف الديناميات الداخلية وفهم جوانب الصراع ورمزية العرض وآلية حدوثه، وهذا مفيد جدا فى علاج هذه الحالات بخلاف علاج التنويم ومضادات القلق وتمارين الاسترخاء ، فإنها جميعا تفيد أحيانا ولكنها قد تزيل العرض مؤقتا وقد يلزم الحقن الوريدى لأميتال الصوديوم (Amytal) لأخذ التاريخ المرضى خاصة فى حالة الصدمات العاطفية، وذلك لمساعدة

المريض على إزالة الكبت وإعادة معايشة الصدمة، ويلاحظ أن استمرار العرض لفترة طويلة يثبت العرض ويعود المريض على استمرار تقمص الدور المرضى .

٤ - اضطراب الألم جسدى الشكل
Somatoform Pain Disorder

يتميز هذا الاضطراب بالانشغال بالألم فى غياب مشاهدات جسمانية مناسبة تشير الى عامل عضوى مسئول عن الألم او شدته، وهذا الألم إما غير متسق مع التوزيع التشريحى للجهاز العصبى او يتسق مع التوزيع التشريحى ولكن الفحص الدقيق ينفى وجود مرض معروف (كالذبحة الصدرية أو ألم عرق النسا)، وليس له آلية باثوفسيولوجية يعزى إليها كما هو الحال فى صداع التوتر (Tension headache) الناتج من تقلص عضلى، وهذا الانشغال بألم شديد ومستمر لمدة سته شهور على الأقل .

والعلاقة بين العوامل النفسية والألم قد تكون ظاهرة فى بعض الحالات حيث توجد علاقة مبدئية بين بدء الألم او اشتداده والصراع النفسى او الحاجة النفسية، وقد تكون العلاقة غير ظاهرة .

ويصاحب هذا الاضطراب بتغيرات حسية او حركية (Paresthesia,Spasm) ويتميز مريض هذا الاضطراب بكثرة زياراته للاطباء للحصول على ما يخفف الألم رغم طمأنة الأطباء له (doctor shopping)، ويسرف فى تعاطى المسكنات دون أن تخفف حدة الألم ويطلب إجراء جراحات ، وعادة يرفض إعزاء الألم الى عوامل نفسية، وفى بعض الحالات يكون للألم أهمية رمزية مثل الألم الذى يشير الى ذبحة صدرية لدى شخص مات والده من مرض بالقلب ، ويكثر فى التاريخ المرضى السابق لهؤلاء المرضى وجود اضطراب التحول ، ونادرا ما تكون الشخصية هستيرية وغير معبرة عن انفعال (La belle indifference)، وكثيرا ما توجد اعراض الاكتئاب حيث يضاف تشخيص نوبة الاكتئاب الجسيم.

بداية ومسار الاضطراب ومضاعفاته :

يبدأ عند أى سن من الطفولة الى الشيخوخة ولكن يكثر حدوثه فى الثلاثينيات والأربعينيات، والبداية مفاجئة وتزداد شدته عدة أسابيع او شهور وفى أغلب الحالات يظل ثابتا لعدة سنوات يأتى بعدها الشخص للعلاج النفسى، ونظرا لأن الاضطراب مزمن والألم مزعج للمريض فإنه كثيرا ما يعوقه عن العمل وكثيرا ما يعتمد على المسكنات والمهدئات فيصبح مدمنا ، او يلجأ لاجراء عمليات جراحية لا داعى لها .

تشخيص اضطراب الألم جسدى الشكل :

يشخص بالاتى:-

أ- يوجد الألم فى واحد أو أكثر من الأماكن التشريحية وهو العرض السائد فى الصورة الاكلينيكية .

ب- الألم يسبب انزعاجا أو خلل اجتماعى أو وظيفى.

جـ- العوامل النفسية لها دور هام فى بدء وشدة وتفاقم أو استمرار الألم.

د- العرض(الألم) لم يستحدث عن قصد (كما فى اضطراب استحداث أعراض جسدية أو التمارض) .

هـ- ليس الألم جزءا من اضطراب نفسى آخر مثل اضطراب الوجدان أو القلق أو اضطراب ذهانى ولايتفق مع مواصفات ألم ما بعد الجماع.

ويصنف الألم إلى الأنواع الآتية:

١- اضطراب الألم المرتبط بعوامل نفسية، حيث يكون للعوامل النفسية الدور الأعظم فى بدء أو شدة أو تفاقم أو استمرار الألم ، ويحدد ماذا كان حادا :

مدته تقل عن ستة شهور، أو مزمنا: مدته ستة شهور أوأكثر.

٢- اضطراب الألم المرتبط بكل من عوامل نفسية وحالة مرضية جسمانية ، وهو أيضا حاد أو مزمن.

٣- اضطراب الألم المرتبط بحالة مرضية جسمانية وهو لايعد ضمن الاضطرابات النفسية.

الاعراض المصاحبة :

- تغيرات حسية أو حركية .

-كثرة زيارة الاطباء للحصول على مسكنات أو طلب جراحات .

- يرفض اعزاء الألم لعوامل نفسية.

- قد يكون للألم أهمية رمزية (الذبحة الصدرية لمن مات والده بالقلب ، أسفل الظهر لمن لديه عنه) .

التشخيص الفارق :

١- المثول الدرامى بألم عضوى: حيث يصعب تمييزه لضآلة المشاهدات الاكلينيكية ولكن يوجد سبب عضوى ولا توجد مواصفات الألم النفسى .

٢- اضطراب التجسيد والاكتئاب والفصام فقد يشكو المريض من آلام عديدة ولكن نادرا ما يسود الألم الصورة الاكلينيكية.

٣- فى الادعاء يحدث الشخص الاعراض قصدا لتناسب هدف واضح مثل مدمن الأفيون الذى يشكو ألما جسمانيا ليحصل على الأفيون .

٤- الألم المرتبط بتقلص العضلات (مثل صداع التوتر :لا يشخص كألم جسدى الشكل بسبب وجود آلية باثوفسيولوجية تفسر الألم) .

انتشار اضطراب الألم جسدى الشكل :

ينتشر هذا الاضطراب بشكل شائع خاصة خلال الممارسة الطبية حيث يعد الألم أكثر الشكاوى المرضية شيوعا . . وتصل نسبته بين الاناث الى ضعفها لدى الذكور، وقمة انتشاره فى العقد الرابع والخامس كما يزداد انتشاره بين الطبقات الكادحة .

أسباب الألم جسدى الشكل :

١- **عوامل بيولوجية** : يمكن لقشرة المخ أن تثبط روافد الألم وربما يكون السيروتونين هو الناقل العصبى الرئيسى فى التثبيط ويحتمل أن يكون هناك دور تلعبه الاندورفينات (الأفيونات الداخلية) فى تعديل الشعور بالألم ويبدو أن نقصها هو المسئول عن زيادة الألم.

٢- **عوامل بيئية واجتماعية** : ترى نظرية التعلم أن سلوكيات الألم تتعزز عندما تكافأ وأنها تنطفئ (تثبط)عندما يتم تجاهلها او عقابها، فعندما يتعود الشخص أن شكواه من الألم سوف تعطيه اهتمام المحيطين به وأنها تجنبه الانشطة التى يكره مزوالتها فإنها (شكوى الألم) سوف تتعزز لديه، وهذا ما تسميه المدرسة التحليلية بالمكسب الثانوى واذا تعوده الطفل فانه يجعله مهيأ لهذا الاضطراب ومن ثم فإن التربية المحيطة تنمى هذا الاضطراب او تنفيه .

٣- **عوامل نفسية** : ترى المدرسة التحليلية أن للألم معنى نفسيا تكون من خبرات الطفولة فهو طريقة للحصول على الحب او عقاب للنفس تحت تأثير الشعور بالذنب ، والمريض يستخدم فى ذلك حيلا دفاعية هى النقل والاستبدال والكبت ، وقد يكون للتوحد كحيلة دفاعية دور عندما يكون موضوع الحب لدى المريض (أحد الوالدين مثلا)يعانى ألما ويكون لحيلة

الترميز دور عندما يمثل الألم تعبيرا عن وجدان غير متبلور .

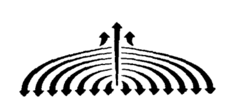
علاج اضطراب الألم جسدى الشكل:

اعطاء مرضى هذا الاضطراب لعقاقير مسكنه لا يكون مفيدا بالاضافة الى أنه يحمل مخاطر أن يصبح الشخص مدمنا خاصة أن هذا الاضطراب مزمن ، كما أن اعطاء المهدئات ومضادات القلق ليس له ما يبرره بالاضافة إلى أنها بعد فترة من تعاطيها تصبح هى مشكلة أخرى حيث يحدث الادمان، أما إعطاء مضادات اللاكتئاب مثل الأميتريبتيلين (Amitryptiline) او الإيمبرامين (Imipramine) فانها تفيد سواء كان تقليلها للألم من خلال مفعولها المضاد للاكتئاب او كان لها مفعول تسكين للألم مباشرة (بواسطة إثارتها للمسارات العصبية المثبطة للألم).

ويساعد فى تخفيف الألم التغذية الحيوية (Biofeedback) المرتدة وتمارين الاسترخاء، كما أن التنويم والإيحاء المصاحب له وكذلك الاثارة الجلدية للعصب المقابل تعتبر حيلا مستخدمة وأحيانا تستخدم جراحة لقطع العصب الناقل للألم، ولكن هذه الأساليب فقط تسكن الألم مؤقتا وغالبا ما يعود .

ولذا فإن العلاج النفسى يعد هاما فى علاج هذا الاضطراب وفهم ما يعنيه الألم بالنسبة للشخص فهما ديناميا، بالأضافة إلى تدريبة على أساليب الاسترخاء وممارسة التمارين الرياضية وعلاج الاضطرابات النفسية المصاحبة .

أحيانا يلزم وضع هؤلاء المرضى فى مستشفيات وفى برنامج للسيطرة على الألم (Pain Control Program)،حيث يستخدم العلاج المعرفى والسلوكى والجماعى.



٥- اضطراب توهم المرض

Hypochondriasis

وهو الانشغال الزائد بمرض وانشغال الشخص بصحته بشكل مفرط وتفسيراته غير الواقعية لاعراضه الجسمانية مما يؤدى الى الانشغال بالخوف او الاعتقاد أنه لديه مرض خطير، رغم أن الفحص الجسمانى الدقيق يؤكد عدم وجود مرض يمكن أن يفسر إحساسات المريض وتفسيره غير المنطقى لها، وهذا الاعتقاد او الخوف غير المنطقى يظل ثابتا رغم التأكيدات الطبية أنه ليس لديه مرض، ولكن هذا الاعتقاد لا يصل الى شدة الضلال حيث أنه يمكن أن يقبل احتمال كونه مبالغا فى خوفه من المرض ، او أنه قد لا يوجد مرض على الاطلاق، وقد يكون الانشغال بوظائف الجسم مثل ضربات القلب او العرق او حركة الامعاء او الشذوذات الجسدية الطفيفة (مثل الكحة البسيطة)، حيث يفسر الشخص ذلك كبرهان على مرض خطير وقد يشمل المرض للمتخوف منه عدة أجهزة جسمانية وقد يتركز الانشغال بعضو واحد، كما فى حالة عصاب القلب (Cardiac Neurosis) التى فيها يخاف الشخص او يعتقد أنه مريض بالقلب.

ويصاحب هذا الاضطراب بكثرة التردد على الاطباء (Doctor Shopping) وتدهور العلاقة الطبيبية المريضية وإحباط كل من المريض والطبيب، بالاضافة إلى اعراض القلق والاكتئاب وصفات الشخصية الوسواسية .

البداية والمسار والتنبؤ بالمآل :

يبدأ اضطراب توهم المرضى فى أى سن ولكنه يكثر فى العشرينيات ويصبح مزمنا مع فترات من الهوادة والاشتداد فى ثلثى الحالات، كما أن ثلث المرضى لا يتحسنون ويضطرب تكيفهم من حيث الوظيفة المهنية او العلاقات

الاجتماعية بسبب الانشغال بالمرض، وقد تزداد الاعاقة فيصبح الشخص طريح الفراش وأحيانا يتعرض لعميات جراحية استكشافية تحمل اخطارا عديدة بالاضافة إلى أن الاعراض التى يشكو منها قد تؤدى الى تشخيص خاطئ وبالتالى خطأ العلاج. . أما الاطفال الذين يصابون بهذا الاضطراب فيتم شفاءهم تماما فى نهاية المراهقة، كما أن العلاج الطب نفسى يساعد نسبة كبيرة من هؤلاء المرضى، ولوحظ أن وجود ملامح قلق او اكتئاب مع توهم المرض يحمل التنبؤ بمآل حسن، وكذلك البداية الحادة وغياب اضطراب الشخصية وصغر السن غياب المرض العضوى(الذى قد يكون مصاحب)والحالة الاجتماعية والاقتصادية المرتفعة كلها عوامل تنبئ بمصير حسن أيضا .

تشخيص توهم المرض :

ويشخص بما يلى :

أ- الانشغال بمخاوف (أو فكرة)من حدوث مرض خطير بناء على سوء فهمه للأعراض الجسدية.

ب- الانشغال يستمر رغم التقييم الطبى المناسب والمطمئن.

جـ- لايصل الاعتقاد فى (أ) الى درجة الضلال (كما فى الاضطراب الضلالى النوع الجسدى)، وليس محصوراً فى انشغال حول المظهر الجسمانى (كما فى اضطراب تشوه الجسد الوهمى) .

د- الانشغال يسبب انزعاجا أو خللا اجتماعيا أو وظيفيا .

هـ- مدة الاضطراب على الأقل ستة شهور.

و- الانشغال لا يعد ضمن أعراض اضطراب القلق العام أو الوسواس القهرى أو الهلع أو الاكتئاب الجسيم أو قلق الانفصال أو اضطراب جسدى الشكل آخر.

التشخيص الفارق :

يجب أن يميز توهم المرض من كل من :

١- مرض جسدى حقيقى :فقد تكون بداية مرض جسدى حقيقى غامضة لا يمكن تفسيرها مثل التصلب المتناثر (M.S) او اضطراب الغدد الصم(الغدة الدرقية او جار الدرقية) او مرض يؤثر فى أجهزة عديدة من الجسم مثل مرض الذئبة الحمراء الجهازية (.S.L.E)، إلا أن وجود مرض عضوى حقيقى لا يلغى احتمال توهم المرض كمصاحب له.

٢- بعض الاضطرابات الذهانية مثل الفصام والاكتئاب العظيم المصاحب بأعراض ذهانية وقد توجد ضلالات جسمانية عن الاصابة بمرض ، ولكن نلاحظ أن الاعتقاد فى توهم المرض لا يصل الى درجة الضلال، حيث يمكن أن يقتنع الشخص أنه قد لا يكون مريضا ، وقد يصعب هذا التمييز فى بداية الأمر .

٣- فى الاضطرابات الذهانية والديستيميا واضطراب الهلع واضطراب القلق العام واضطراب الوسواس القهرى واضطراب التجسيد قد توجد انشغالات توهميه مرضية ولكن نادرا ما يكون الانشغال بالاعراض التوهمية لمدة طويلة فى اضطراب التجسيد ويوجد ميل للانشغال بالاعراض علاوة على الخوف من الاصابة بمرض معين ، ولكن عند وجود مواصفات أى من هذه الاضطرابات مع مواصفات توهم المرض يشخص كلاهما .

أنتشار توهم المرض:

فى الممارسة الطبية العامة ينتشر توهم المرض بنسبة (٣ - ١٤ ٪) من المرضى ولكن معدل الانتشار بين جموع الناس غير معروف، ويستوى الرجال والنساء فى توهم المرض، ويزداد انتشاره خلال العقد الرابع او الخامس من العمر إلا أنه يصيب جميع الأعمار خاصة المراهقين والشيوخ بعد عمر الستين.

أسباب توهم المرض :

١- **العوامل البيولوجية**: لوحظ زيادة معدل انتشار توهم المرض بين التوائم المتماثلة والأقارب من الدرجة الأولى وهذا يشير الى العامل الوراثى الجينى، كما لوحظ أن متوهمى المرض لديهم عتبة منخفضة للألم (Threshold) وأن تحملهم للمعاناة الجسدية ضئيل جدا ، لدرجة أن ما يستقبله الشخص الطبيعى كضغط على البطن مثلا يخبره المتوهم للمرض كألم فى البطن، كما أن المرض قد يهئ المريض لتوهم المرض بطريقتين إحداهما: التفاعلات التوهمية المرضية العابرة غالبا تتبع مرض خطير او مهدد للحياة (مثل النقاهة بعد احتشاء عضلة القلب) ثانيتها : توهم المرض الأولى (Primary hypochondriasis) يبدو أنه يرجع لطفوله بها امراض عديدة وتواريخ مرضية عديدة عايشها الطفل.

٢- **عوامل نفسية** : ترى المدرسة التحليلية أن توهم المرض يرجع الى أصول دينامية فالرغبات (او الحفزات) العدوانية توجه الى شكاوى جسمانية بعد كبتها وتحويلها بواسطة حيلتى الكبت والنقل ، وغضب متوهم المرض يعود إلى إحباطات الطفولة والفقد أثنائها ويعبر عنه خلال توهم المرض كالتماس مساعدة الناس وجذب اهتمامهم ثم رفضهم بعد ذلك ، ووصفهم بعدم الفاعليه والعجز عن مساعدته ومن ثم يعد توهم المرض دفاع ضد الشعور بالذنب وشعور الشخص بأنه سئ ونقص اعتبار الذات ، بالاضافة الى أنه علامة على الانشغال بالذات، فالألم والمعاناة الجسدية تصبح وسيلة للتكفير عن اخطاء الماضى سواء كانت على مستوى الواقع او مستوى الخيال .

٣- **العوامل الاجتماعية والثقافية** : فقد يعتبر الدور المرضى طريقا للهروب من مشكلات عسيرة الحل فى بعض البيئات، فتؤجل مقاضاته و يلتمس له الاعذار كمريض بل وقد يكسب تعاطف المحيطين به .

علاج اضطراب توهم المرض :

العلاج المفضل لحالات توهم المرض هو العلاج النفسى رغم أن هؤلاء المرضى يقاومون هذا النوع من العلاج ، وقد يقبلونه لدى الطبيب العضوى، ويجب أن يوجه لتقليل التوتر وكيفية التعايش مع المرض المزمن ، ويتم فى إطار فردى تحليلى او جماعى . . أما العلاج بالعقاقير فإنه لا يفيد الا فى حالة وجود اعراض مصاحبه يتوجه إليها، مثل القلق او الاكتئاب وعندما يكون توهم المرض ثانويا لاضطراب نفسى أخر يجب علاج هذا الاضطراب .

٦- اضطراب تشوه الجسد الوهمى
Body Dysmorphic Disorder

ويتميز بالانشغال بتشوه متخيل فى المظهر الجسدى لدى شخص طبيعى المظهر وأكثر انواع الشكاوى شيوعاهى العلامات التى بالوجه مثل تجاعيد او ندبات فى الجلد او كثرة شعر الوجه او شكل الأنف او الفك او الحواجب او ورم بالوجه، ونادرا ما تكون الشكوى من شكل اليدين والقدمين والثديين والظهر وبعض أجزاء الجسم الأخرى فى بعض الحالات قد يوجد شذوذ طفيف فى الشكل ولكن انشغال الشخص به وتصوره له يكون شديدا .

فى الماضى كان يسمى هذا الاضطراب (رهاب تشوه الشكل الجسدى (Dysmorphophobia) ولكن نظرا لأنه لا يشمل تجنبا رهابيا اعتبرت هذه التسمية خاطئة، وإن كان يستخدمها البعض فى الحالات التى يصل الاقتناع بالتشوه فيها الى درجة الضلال ، ولكن المفضل هو تسميه هذه الحالات بالاضطراب الضلالى النوع الجسمانى .(Delusional Disorder Somatic Type)

وأهم الاعراض المصاحبة هى الزيارات المتكررة لجراحى التجميل وأخصائى الامراض الجلدية كمحاولات لتصحيح التشوه بالاضافة الى اعراض

اكتئابية وسمات الشخصية الوسواسية وتجنب للمواقف الاجتماعية بسبب التوتر المرتبط بالتشوه المتخيل .

البداية والمسار والمضاعفات:

ويبدأ الاضطراب فى المراهقة او العشرينيات او الثلاثينيات من العمر ويظل ثابتا لعدة سنوات حتى دون أن يعرض نفسه لطبيب وقد ينشأ عنه اعاقة اجتماعية ووظيفية ومن أهم مضاعفاته التعرض لعمليات جراحية تجميلية لا داعى لها .

التشخيص:

يشخص بالاتى :

أ- الانشغال بخلل متصور فى المظهر ، واذا وجد شذوذ جسدى طفيف يكون انشغال الشخص به مفرطا.

ب- الانشغال يسبب انزعاج أو خلل اجتماعى أو وظيفى.

جـ- الانشغال لايدخل ضمن اضطراب نفسى آخر (مثل عدم الرضا عن شكل الجسد وحجمه فى القهم العصابى).

الاعراض المصاحبة :

- الزيارات المتكررة لجراحى التجميل وأطباء الجلد.
- أعراض اكتئابية وسمات شخصية وسواسية.
- تجنب للمواقف الاجتماعية بسبب التشوه الوهمى.

التشخيص الفارق :

١-الانشغال الطبيعي بالتشوهات في المظهر التى تحدث فى المراهقة مثل حب الشباب(Acne).

٢- نوبات الاكتئاب الجسيم واضطراب الشخصية التجنبية والرهاب الاجتماعى فالشخص فى هذه الاضطرابات قد يضخم تشوهاته فى المظهر، ولكنه ليس العرض السائد فى الاضطراب .

٣- الاضطراب الضلالى النوع الجسمى : الاقتناع بالتشوه يصل الى درجة الضلال.

٤- القهم العصابى واضطراب عدم قبول الجنسى : ليس الانشغال بتشوه الجسم.

انتشار وسبب الاضطراب:

يعتقد أنه شائع ولكن سببه غير معروف ويفسر ديناميا بأنه يوجد معنى لا شعورى مضخم للجزء المتصور، وجود تشويه به والتى يمكن تتبعها فى مراحل النمو النفسى الجنسى المبكرة وأن الاضطراب يتضمن حيلا دفاعية هامه هى الكبت والانشقاق والتشويه والترميز والاسقاط .

علاج الاضطراب:

هؤلاء المرضى يرفضون العلاج النفسى برغم معاناتهم الشديدة ويصرون على إجراء جراحات تجميلية ومن هنا دور جراح التجميل فى تشخيص هذه الحالات، ويمكن إعطاء هؤلاء المرضى بمساعدة الطبيب النفسى عقاقير مثل (بيموزيد)(Pimozide) (أوراب)(Orap) الذى له فعاليه فى تقليل الاعراض، وأحيانا تفيد مضادات الاكتئاب ومثبطات الانزيم المؤكسد للأمينات الأحادية، وقد يلزم استمرار العلاج لفترة طويلة.

٧- الاضطراب جسدى الشكل غير المصنف فى مكان آخر

Somatoform Dis. Not Otherwise Specified

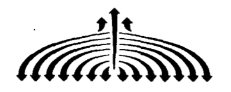
وهو اضطراب يشمل الاعراض جسدية الشكل التى لا تتفق مع مواصفات أى من الاضطرابات جسدية الشكل المحددة (النوعية) او اضطراب التأقلم المصحوب بشكاوى جسمانية .

وتشمل :

١- الحمل الكاذب (Pseudocyesis) وهو اعتقاد كاذب بوجود حمل يرتبط بعدم وجود علامات موضوعية للحمل مع إحساس ذاتى بحركة الجنين ، مع أعراض الغثيان وثقل الثديين وآلام الولادة فى التاريخ المتوقع، قد توجد تفسيرات هرمونية ولكن لايمكن تفسير للزمة ككل بواسطة حالة طبية عامة تسبب التغيرات الهرمونية(مثل ورم يفرز هرمونات).

٢- اضطراب غير ذهانى يشمل أعراض توهمية مرضية لمدة تقل عن ستة شهور.

٣- اضطراب يشمل شكاوى جسدية غير مفسرة (مثل الاجهاد أو الضعف الجسدى) لمدة تقل عن سته شهور ولاتعود لسبب نفسى آخر.



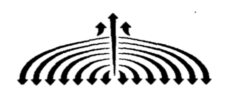
الفصل السادس

مقدمة :

١- رجل فى الثامنة والخمسين من عمره جاء يشكو من شخصيه أخرى تنتابه أحيانا، جريئة مع النساء تقرأ لهن الطالع وتهبهن البركة، وكل صداقاتها مع النساء وهى لشاب من جنسية أخرى ، يفرط فى مغازلة النساء وهذه الشخصية على النقيض من شخصيته الأصلية الخجولة لدرجة منعته من الزواج والتى كانت تعوقه فى تجارته فى متعلقات النساء(الخواتم والأقراط. .الخ)، وهو يطلب علاجا من هذه الشخصية التى ظهرت عليه من ثلاثة أعوام وجعلته يشعر بالذنب مما تفعله فى جرأة مع النساء ، وما تدعيه كذبا من معرفة الغيب والقدرة على تغييره .

٢- شاب فى الثانية والعشرين من عمره أحضره أقاربه بسبب النسيان الذى طرأ عليه لكل ما يحدث حوله إثر نجاته من حادث تصادم وقع من أسبوع بين سيارتين كان يستقل إحداهما بينما توفى بعضا ممن كانوا معه. . بفحصه النفسى لوحظ عدم تمايزه واضطراب اهتدائه ووعيه بالنسيان، ولم يوجد أى خلل عضوى من خلال فحصه جسديا .

هذان المثالان لحالات اكلينيكية سوف نعرض لهما فى هذا الفصل. . هل يمكنك بعد إعادة قراءتهما أن تضع أهدافا تعليمية تبغى معرفتها ؟ ماهى هذه الأهداف ؟



الاضطرابات الانشقاقية

Dissociative Disorders

وهى مجموعة من اللزمات التى تتميز بتغير فى التكامل السوى لوظائف الوعيأو الهوية أو السلوك الحركيأو الذاكرة وقد يكون التغير مفاجئا أو متدرجا وعابرا ، أو مزمنا واذا حدث مبدئيا فى الهوية فإن هوية الشخص المعتادة تنسى مبدئيا ويتخذ هوية جديدة (كما فى اضطراب تعدد الشخصية).أو فقد الشعور المعتاد لواقع الشخص ويستبدل بشعور عدم الواقعية (كما فى اضطراب اختلال الإنية) او حدث اضطراب مبدئى فى الذاكرة بحيث لا يمكن استدعاء احداثا شخصية(كما فى النساوة النفسية والشراد النفسى) . . ولقد كانت هذه المجموعة فى الماضى تعرف باسم أعصبة الهستيريا من النوع الانشقاقى

وتشمل حاليا الاضطرابات الاتية:

١- النساوة الانشقاقية (النفسية).

٢- الشرادالانشقاقى(النفسى).

٣- اضطراب الهوية الانشقاقى (تعدد الشخصية).

٤- اختلال الإنية.

٥- الاضطراب الانشقاقى غير المحدد فى مكان آخر

١- النساوة الانشقاقية (النفسية)

Dissociative Amnesia(Psychogenic)

ويتميز اضطراب النساوة النفسية بعدم قدرة مفاجئة على استدعاء معلومات شخصية هامة بدون سبب عضوى وتحدث النساوة خللا كبيرا لدرجة لا يمكن فهمه فى اطار النسيان الطبيعى، ودون سفر لمكان آخر واتخاذ هوية جديدة

كما فى الشراد النفسى وليست النساوة عرضا ضمن اضطراب الهوية الانشقاقى

واضطراب النساوة الانشقاقية (النفسيى)على أربعة أنواع وهى:

١- نساوة لفترة محددودة (Circumscribed amnes :وهو أكثر الأنواع شيوعا حيث يحدث فشل فى استدعاء كل الأحداث التى حدثت خلال فترة معينة من الزمن، وهى عادة ساعات قليلة تتبع حادثا مزعجا جدا مثل شخص نجا من حادث سيارة كان يستقلها مع أسرته بينما هلكت جميع أسرته فى الحادث، فقد يصبح غير قادر على تذكر ما حدث من وقت الحادث وحتى يومان بعدها.

٢- نساوة انتقائية (Selective amnesia) :حيث يكون الفشل فى الاستدعاء بعض الاحداث التى وقعت خلال فترة معينة من الزمن مع تذكر بعضها .

٣- نساوة كاملة (Generalized) :وهى أقل الأنواع انتشارا حيث يفشل الشخص فى استدعاء كل ما يتعلق بحياته .

٤- نساوة مستمرة (Continous) :وفيها لا يستطيع الشخص استدعاء الاحداث التالية لوقت معين بما فى ذلك الوقت الحاضر.

وخلال نوبة النساوة يكون الارتباك واضطراب الاهتداء والجدال غير الهادف وعندما تكون فترة النساوة فى الماضى فإن الشخص عادة يعى اختلال الاستدعاء لديه.. وقد تصاحب النساوة بعدم تمايز تجاه اختلال الذاكرةأو انعصاب التابع لحادثه .

بداية ومسار الاضطراب ومآله :

يلاحظ اضطراب النساوة النفسية فى المراهقة غالبا وبداية الرشد ونادرا ما يبدأ فى كبار السن وبدايته مفاجئة وكذلك الشفاء منه، ولكن مع انتكاسات قليلة

فى بعض الحالات خاصة اذا وجد مكسب ثانوى فان الحالة قد تظل لوقت طويل، ومن المهم استرجاع الذكريات المفقودة لدائرة الشعور بسرعة ما أمكن وإلا فان الذكريات المكبوته سوف تكون نواه فى اللاشعور لانتاج نوبات نساوة مستقبلا . والاعاقة التى تنشأ عن النساوة متفاوته من الخفيفة الى الشديدة طبقا لمدة النوبة وأهمية الأحداث المنسية بالنسبة لوظيفة الشخص وعلاقاته الاجتماعية ولكن نظرا لأن الشفاء سريع فى أغلب الحالات فإن الإعاقة عادة طفيفه.

تشخيص النساوة الانشقاقية:

وتميز تشخيصيابالسمات الاتية :

أ- حدوث نوبة أو أكثر من عدم القدرة على تذكر معلومات شخصية هامة بصورة هامة ومتسعة بحيث لايمكن تفسيرها كنسيان معتاد.

ب- الاضطراب لايحدث خلال مسار اضطراب الهوية الانشقاقى ، أو الشراد الانشقاقى ، أو اضطراب الانعصاب التابع لحادث ، أو اضطراب الانضغاط الحاد ، أو اضطراب جسدى الشكل ، وليس سببه أيضا تأثيرات فسيولوجية مباشرة لمادة أو حالة مرضية جسمانية.

جـ- الأعراض تسبب انزعاجا هاما أو خللا فى الأداء الوظيفى أو الاجتماعى.

التشخيص الفارق :

١- اضطراب عقلى معرفى :ويكون للأحداث القريبة أكثر من الأحداث البعيدة وليس سبب التعرض لصدمة نفسية، وتختفى النساوة ببطء شديد اذ حدث تحسن وعودة الذاكرة نادر، علاوة على نقص الانتباه واضطرابات الوجدان التى غالبا ما تكون مصاحبة.

٢- الانسمام بمادة :حيث تصاحبه غشيات (blackouts) مع فشل فى استدعاء الاحداث التى وقعت خلال فترة الانسمام، ولكن تعاطى المادة والفشل فى عودة كاملة للذاكرة يميزه عن النساوة الانشقاقية.

٣- اضطراب النساوة الكحولية (Alcohol Amnestic Disorder) : وتختل فيه الذاكرة القريبة وهذا النوع من النساوة لايحدث فى النساوة النفسية بالاضافة الى تبلد الوجدان والفبركة ونقص الوعى بخلل الذاكرة.

٤- النساوة التابعة لارتجاج المخ (post concussion amnesia) : عادة اضطراب الاستدعاء يكون محدودا بفترة (circumscribed) وغالبا النساوة راجعة (retrograde) إلى الوراء، شاملة الفترة الزمنية التى سبقت إصابة الرأس، بينما فى النساوة النفسية يكون اضطراب الاستدعاء غالبا متقدم (antrograde)؛ ويمكن أن نميز النساوة الراجعة التى تتبع إصابة الرأس من الحالات النادرة من النساوة النفسية الراجعة باستخدام التنويم أو الفحص تحت تأثير حقن الأميتال، كما أن التحسن الفجائى للذكريات المفقودة يشير الى الأساس النفسى للاضطراب .

٥- الصرع : خلل الذاكرة يبدأ فجأة ويصاحبه شذوذات حركية أثناء النوبة وتكرار تخطيط الدماغ الكهربائى يشير الى شذوذات .

٦- الذهول الكتاتونى : فالبكم قد يوحى بنساوة نفسية ولكن فشل الاستدعاء غير موجود وعادة توجد الاعراض الكتاتونية مثل التصلب والوضعة والسلبية.

٧- الادعاء (التمارض): يصعب تمييزه من النساوة النفسية ولكن التنويم وحقن الأميتال قد تفيد فى التمييز.

انتشار النساوة النفسية :

تعد النساوة النفسية أكثر الاضطرابات الانشقاقية انتشارا ويزداد انتشارها أثناء الكوارث الطبيعية والحروب ويكثر انتشاره فى فترة المراهقة وخاصة بين الإناث.

الأسباب :

تحدث نوبات النساوة الانشقاقية تلقائيا ولكن التاريخ المفصل الدقيق يكشف عن صدمات عاطفية مرسبة مثل الكوارث الطبيعية ، وقد تعمل نزعه (حبأو عدوان) لا يستطيع المريض التعامل معها كعامل مرسب ، وأحيانا تترسب بصدمة خفيفة للرأس لا تحدث تأثيرا فسيولوجيا كما يمكن أن ترسبها النوبات المحدثة كهربائيا .

ديناميا ينشق وعى المريض كطريقة للتعامل مع الصراع الانفعالى ويصاحب ذلك كبت النزعات المزعجة من دائرة الشعور والانكار، حيث يتم تجاهل بعض الواقع من العقل الواعى .

علاج اضطراب النساوة الانشقاقية :

الحقن الوريدى للصوديوم أميتال فى جلسات تفريغ نفسى قد يفيد المريض فى استعادة الذاكرة والتنويم قد يفعل نفس الشئ وبمجرد رجوع الذاكرة يتم عمل علاج نفسى لمساعدة المريض فى التعامل مع انفعالاته المنشقة .

٢- اضطراب الشراد الانشقاقى (النفسى)

Dissociative Fugue (Psychogenic Fugue)

وفيه يسافر الشخص فجأة وعلى غير توقع الى مكان بعيد عن البيت أو

مكان العمل المعتاد مع اتخاذ هوية جديدة ،وعدم تذكر هويته السابقة وقد يصاحب ذلك ارتباك واضطراب الاهتداء (Disorientation)، وبعد شفائه لا يذكر الأحداث التى وقعت خلال فترة الشراد وليس لذلك سبب عضوى .

فى بعض الحالات قد يتيمز الاضطراب باتخاذ هوية جديدة كاملة أثناء الشراد وعادة أكثر اجتماعية من الشخصية السابقة التى تكون عادة هادئة، وفى مثل هذه الأحوال قد يعطى الشخص نفسه إسما جديدا ويتخذ عنوانا جديدا وينخرط فى نشاطات اجتماعية معقدة ومتكاملة ولا توحى بمرض عقلى أو نفسى. .وفى أغلب الحالات يكون الشراد غير واضح، حيث يتكون من سفر قصير ويبدو هادفا ظاهريا وتقل الاتصالات الاجتماعية فى هذه الحالات وتكون الهوية الجديدة غير مكتملة وأحيانا توجد نوبات من العنف ضد ممتلكات شخص آخر، ونلاحظ أن كل حالات الشراد يسافر فيها الشخص ويبدو أكثر هادفية فى سلوكه من الجوال المتغيم الذى قد يحدث فى النساوة الانشقاقية.

بداية ومسار الاضطراب وماله :

يحدث الشراد النفسى فى أى سن وعادة قصير المدة من ساعات إلى أيام ولكن قد يظل الشراد لعدة شهور، وقد يمتد السفر الى آلاف الأميال والشفاء عادة تلقائى وسريع ونادرا ما يتكرر حدوثه. . ويسبب الاضطراب اعاقة متفاوته الدرجة طبقا لطول مدة الشراد وما ينشأ عن ذلك من انهيار علاقاته الاجتماعيةأو حدوث سلوك عدوانى يترتب عليه إدانه قانونية .

تشخيص الشراد الانشقاقى:

ويتميزتشخيصيابالسمات الآتية :

أ- سفر الشخص المفاجئ لمكان بعيد عن بيته أو مكانه المعتاد ، مع عدم قدرته على تذكر ماضيه.

ب- تغيم (غموض)حول ما يتعلق بهوية الشخص أو اتخاذ هوية جديدة (كليا أو جزئيا).

جـ- الاضطراب لايحدث خلال مسار اضطراب الهوية الانشقاقى ، وليس سببه تأثيرات فسيولوجية مباشرة لمادة أو بسبب حالة مرضية جسمانية(مثل صرع الفص الصدغى).

د- الأعراض تسبب انزعاجا هاما أو خللا فى الأداء الوظيفى أو الاجتماعى.

التشخيص الفارق :

١- ضطراب تعدد الشخصية :توجد فيه انتقالات مميزة للهوية متكررة وليس محدودا بنوبة واحدة كما فى الشراد الانشقاقى.

٢- النساوة النفسية : فشل مفاجئ فى استدعاء أحداث شخصية هامة تشمل بيانات هوية الشخص ولكن لا يوجد فيها سفر هادف واتخاذ هوية جديدة جزئيةأو كلية.

٣- الصرع النفسى الحركى : الناشئ عن اضطراب وظيفة الفص الصدغى ولا يوجد فيه اتخاذ هوية جديدة ولا يظهر عليه انشراح وجدانى وليس هناك ضاغط يرسب ظهوره .

٤- التمارض : يتم تمييزه بواسطه التنويم أو فى جلسات تفريغ للشحنة النفسية تحت تأثير حقن الأميتال برغم أن بعض الناس يستمرون فى الادعاء وهم تحت التنويم .

انتشار الشراد النفسى :

يعد اضطرابا نادراً ولكنه شائع فى أوقات الحروب والكوارث الطبيعيةأو الأزمات الشخصية المصاحبة بصراع داخلى حاد .

الاسباب :

السبب الأساسى فى هذا الاضطراب نفسى حيث أن رغبة الشخص الداخلية فى الانسحاب من الخبرات العاطفية المؤلمة تهيىء للاضطراب . . وهناك بعض انواع الشخصية المضطربة التى تعد مهيئة لهذا الاضطراب (وهى الشخصيات الحدية وشبه الهستيرية وشبه الفصامية)كما أن تعاطى الكحول بكثرة يهيئ لحدوث هذا الاضطراب.

العلاج :

عادة تكفى المساندة والرعاية لمثل هذا المريض حتى يشفى تلقائيا ولكن فى الحالات التى يظل فيها الشراد مدة طويلة يلزم علاج نفسى لتيسير عملية استعادة الذاكرة للهوية السابقة ويمكن استخدام التنويم أو حقن الأميتال للمساعدة فى ذلك .

٣- اضطراب الهوية الانشقاقى (تعدد الشخصية)

Dissociative Identity Disorder

يتميز اضطراب تعدد الشخصية بوجود اثنتان أو أكثر من الشخصيات المنفصله الواضحه والتى تحدد كل منها بسلوكيات ومواقف واتجاهات خاصة عندما تكون مسيطرة .

تعرف الشخصية هنا على أنها نمط ثابت نسبيا من الاستقبال والتفكير والتعامل مع النفس والبيئة التى تظهر فى اطار متسع من المواقف الاجتماعية والشخصية ، وهناك حالات للشخصية تختلف فقط فى مدى اتساع الاطارالاجتماعى والشخصى.

الصورة الاكلينيكية:

في الحالات التقليدية لاضطراب تعدد الشخصية يوجد على الأقل شخصيتان كاملتان وأحيانا توجد شخصية واحدة منفصلة وحالة واحدة أو أكثر من حالات الشخصية . . في الحالات التقليدية يكون لكل من الشخصيات وحالات الشخصية ذكريات منفردة وأنماط سلوكية وعلاقات اجتماعية مميزة ، وفي حالات أخرى قد يوجد درجات متفاوته من الذكريات المشتركة والسمات السلوكية العامة أو العلاقات الاجتماعية وتندر الحالات التقليدية التى لها شخصيتان أو أكثر لدى الاطفال والمراهقين عنها لدى البالغين، ويتفاوت عدد الشخصيات أو حالاتها لدى البالغين من اثنتان الى أكثر من مائة في الحالات بالغة التعقيد.

ويتم الانتقال عادة من شخصية لأخرة فجأة (خلال ثواني الى دقائق) ولكن نادرا ما يكون الانتقال تدريجيا على مدى ساعات أو أيام ويحفز الانتقال بواسطة ضغط نفسي اجتماعي، وقد يحدث الانتقال لوجود صراعات بين الشخصياتأو تنفيذا لخطة وافقوا عليها ،أو تحت تأثير التنويم أو الفحص أو بتأثير الحقن بأموباربيتال الصوديوم. . وغالبا تعى الشخصيات بعضها البعض أو كلها الى درجات متفاوته وقد تخبر الآخرين كأصدقاء أو رفاق أو كأشخاص غير مرغوبين(مكروهين)وفي لحظة ما فان شخصية واحدة هي التي تتعامل مع العالم الخارجي . . والشخصية التي تمثل للعلاج غالبا لديها قليل من المعرفة عن الشخصيات الأخرى.

وأغلب الشخصيات تكون واعية بفترات من الفقد الزمني أو تشوهات في خبرتهم بالوقت، فعلى سبيل المثال قد يصبح الشخص واعيا بفترات من النساوة أو فترات من التغيم في الاحساس بالوقت .

وقد تناقض كل شخصية الأخرى من حيث الاتجاهات والسلوك وتصور

الذات، على سبيل المثال العانس الخجول قد تتحول فى الشخصية الأخرى الى داعرة فاضحة التصرفات.

الاعراض المصاحبة لاضطراب الهوية الانشقاقى:

قد تتصرف شخصية أو أكثر من الشخصيات بدرجة مقبوله من التكيف، بينما التغير فى شخصية أخرى قد يكون واضحا لدرجة الاضطراب الوظيفى أو لديها اضطراب عقلى محدد ، مثل اضطراب الوجدان أو القلق وغالبا لا يكون واضحا ما اذا كان هذا يمثل اضطرابا مصاحباأو انها اعراض مصاحبة لاضطراب الهوية الانشقاقى، فلقد لوحظ من بعض الدراسات أن الشخصيات المختلفة داخل الشخص قد يختلفون فى الصفات الفسيولوجية والاستجابات المختلفة للاختبارات النفسية ، فقد يختلفون فى النظارة الطبية ويستجيبون استجابات مختلفة لنفس العلاج، ويختلف مستوى الذكاء فى كل منها وقد يقرر واحدأو أكثر من الشخصيات أنه من الجنس المقابل أو من جنسية مختلفة أو فى عمر مختلف أو من عائلة مختلفة ، وكل شخصية تظهرمن التصرفات والسلوكيات ما يناسب السن المقرر لها . وقد تقرر شخصية أو أكثر أنها تسمع لواحدة أو أكثر من الشخصيات الأخرى ، أو أنها تحدثت اليها أو اندمجت معها فى نشاط(يجب تمييزهذه الاصوات والانشطة من الهلاوس والضلالات)وعادة يكون لكل شخصية اسم مختلف عن الاسم الاصلى وأحيانا يكون الاختلاف فى الاسم الأول والأخير للشخص ، وأحيانا لا يكون لواحدة من الشخصيات اسم أو يعطى اسم وظيفته.

بداية ومسار الاضطراب ومآله :

يبدأ اضطراب تعدد الشخصية أحيانا فى الطفولة ويميل الاضطراب لأن يصبح مزمنا ، وعادة لا يمثل المريض للعلاج الا متأخرا وقد تمارس إحدى

الشخصيات وظيفتها بصورة مناسبة نسبيا، بينما تكون أدوار الشخصيات الأخرى هامشية ويتفاوت مستوى الاعاقة من متوسطه إلى شديدة طبقا لعدد الشخصيات ونوعها، ومن مضاعفاته محاولات الانتحار وتشويه الذات والعدوان الموجه للآخرين (الذى يشمل إيذاء الاطفال أو الاعتداء والاغتصاب والادمان) . . والشفاء فى هذا الاضطراب لا يكتمل بوجه عام .

التشخيص:

يتميز اضطراب الهوية الانشقاقى تشخيصيابالسمات الآتية :

أ- وجود أثنتان أو أكثر من الهويات المحددة أو حالات الشخصية (وكل منها لها نمطها النسبى من الفهم والعلاقات والتفكير حول النفس والبسيئة المحيطة).

ب- اثنتان على الأقل من هذه الهويات أو حالات الشخيصية تتكرر سيطرتها على سلوك الشخص.

جـ- عدم القدرة على تذكر معلومات شخصية هامة بصورة شديدة لايمكن أن تفسر كنسيان معتاد.

د- الاضطراب ليس سببه تأثيرات فسيولوجية مباشره لمادة (مثل الانسمام بالكحول الذى يحدث Blackouts) أو بسبب حالة مرضية جسمانية (مثل نوبة صرعية جزئية مركبة -Complex partial seizures).وفى الأطفال لاتعزى أعراض الاضطراب الى لعب خيالى.

التشخيص الفارق :

١- النساوة النفسية والشراد النفسى : لا يوجد فيهما الانتقال المتكرر المميز للهوية وعادة محدودة بنوبة قصيرة واحدة .

٢- الاضطرابات الذهانية : التى قد تتشابه مع اضطراب تعدد الشخصية بتقرير الشخص أنه محكوم أو متأثر بآخرين أو سماع اصوات وقد تفسر على أنها ضلالات أو هلاوس (كـــما فى اضـطراب الفصام أو اضطـــراب الوجـدان المصحوب بأعراض ذهانية).

٣- الاعتقاد أن الشخص مخصوص بخاصية سيطرة روح أو شخص آخر عليه قد يحدث كعرض لاضطراب تعدد الشخصيةأوضلال فى اضطراب ذهانى .

٤- اضطراب الشخصية الحدية :قد تشبهها فى عدم ثبات الوجدان وصورة النفس والسلوك مع الأشخاص الذى قد يميز اضطراب الشخصية الحدية .

٥- التمارض : لا يمكن التمييز بينهما دون الاستعانة بملاحظات المحيطين به.

انتشار اضطراب الهوية الانشقاقى:

لقد أشارت الدراسات الحديثة الى أن هذا الاضطراب ليس نادرا كما كان يعتقد من قبل وأكثر شيوعه فى مرحلة المراهقة المتأخرة ومطلع الشباب ويكثر أيضا لدى الإناث منه لدى الذكور وبين أقارب الدرجة الأولى للمضطربين أكثر من انتشاره بين جماهير الناس بصفة عامة .

الأسباب:

١- **عوامل بيولوجية** : لوحظ فى دراسة لاضطراب تعدد الشخصية أن (٢٥ ٪) من الحالات لديهم صرع وفى دراسة أخرى لوحظ زيادة نشاط الفص الصدغى لقشرة المخ فى صورة زيادة تدفق الدم إليه فى واحدة من الشخصيات الفرعية وليس فى الشخصية الرئيسية .

٢- **عوامل نفسية** : لوحظ فى عدد من الدراسات أن هناك تاريخ لإيذاء جنسى بصفة خاصة فى نسبة(٨٠ ٪)من الحالات بالاضافة الى أنواع الايذاء الأخرى فى الطفولة جسمانية ونفسية.

علاج اضطراب تعدد الشخصية :

يعتبر العلاج الناجح لهذه الحالات هو العلاج النفسى الذى يهدف الى تبصير المريض بصراعاته الداخلية وحاجته النفسية لشخصية أخرى غير شخصيته الاصلية ، وربط ذلك بخبراته السابقة وصدماته النفسية ثم تكامل بين الشخصيات للوصول الى شخصية واحدة ، كذلك التنويم وعمل جلسات تفريغ تحت تأثير حقن الاميتال يمكن أن يكشف عن صدمات نفسية مكبوته .

٤- اضطراب اختلال الإنية

Depersonalization Disorder

يتميز اختلال الإنية بتغير ثابت ومتكرر فى إدراك النفس الى الحد الذى يفقد الشخص الشعور بواقعيته مؤقتا وتوصف من قبل الشخص بشعوره بأنه آله،أو كأنه فى حلم أو شعوره بالانسلاخ بعيدا عن جسده وكأنه ينظر لنفسه من بعيد،أو يصف أنواع مختلفة من الخدر الحسى أو الاحساس أنه غير مكتمل السيطرة على أفعاله بما فى ذلك كلامه ، فكل هذه المشاعر مناوئه للأنا رغم محافظة الشخص على علاقته بالواقع وفهمه له ، وهذا التغير تكفى شدته لازعاج الشخص وليس سببه اضطراب آخر (مثل الهلع أو رهاب الأماكن المتسعة)، حيث يمكن أن يكون اختلال الإنية عرضا مصاحبا لاضطراب آخر (وهو تغير فى ادراك النفس حيث يفقد أو يتغير مؤقتا الاحساس المعتاد بالنفس وواقعيتها)[١]. .ويصاحب اختلال الانية كثيرا باختلال ادراك البيئة وهو ادراك الموضوعات (أو العالم المحيط)كأشياء غير مألوفة وغير حقيقية حيث يدرك الاشياء متغيرة الشكل أو الحجم أو الناس كموتى أو آلات . . والاعراض الشائعة المصاحبة أيضا تشمل الدوخة والاكتئاب والاجترارات الوسواسية والانشغال باعراض جسدية والقلق أو الخوف من أن يصبح مجنونا واختلال

---

(١) أحيانا يكون الشعور بتغير نصف الجسم أو أنه غير حقيقى أو غير موجود ويسمى اختلال الانيه النصفى (hemidepersolization).

الاحساس الذاتى بالوقت مع شعور أن الاستدعاء صعب أو بطئ.

بداية ومسار الاضطراب ومآله :

يبدأ الاضطراب فى سن المراهقةأو بداية الرشد ونادرا ما تكون البداية بعد سن الأربعين وغالبا تكون مفاجئة والمسار مزمنا يتميز بفترات من الهواده والاشتداد وأغلب الاشتدادت تحدث عندما يوجد قلق أو اكتئاب. وتتفاوت الاعاقة فقد تكون ضئيلة أو شديدة ، وقد تتفاقم الحالة بوجود الاعراض المصاحبة مثل القلق أو الخوف من الجنون ، ومن مضاعفات اختلال الإنية توهم المرض أو الإدمان.

التشخيص:

١- الشعور الثابت المتكرر باختلال الإنية من خلال(أ) أو (ب)

(أ)الشعور بأنه منسلخ عن نفسه ويلاحظها من بعيد سواء عملياتها العقلية أو جسده.

(ب)الشعور أنه كالآلة أو كأنه فى حلم .

٢- وخلال خبرة اختلال الإنية يظل فهم الواقع والتصرف على أساسه.

٣- هذا الاختلال فى الإنية يكفى لأن يسبب ازعاجا ملحوظا .

٤- ليس اختلال الإنية عرضا لاضطراب آخر(مثل الفصام والهلع ورهاب الأماكن المتسعة وصرع الفص الصدغى).

التشخيص الفارق :

يحدث اختلال الإنية كعرض فى اضطراب الفصام واضطراب الوجدان والاضطراب العقلى العضوى(خاصة لزمة الانسمام أو الانسحاب) والقلق

واضطرابات الشخصية والصرع .

انتشار اضطراب الانية :

تعتبر ظاهرة اختلال الإنية شائعة جدا وليس بالضرورة أن تكون مرضية فغالبا ما تكون خبرة منفصله يمر بها الشخص ، فقد أشارت الدراسات الى أن من يمرون باختلال الإنية العابر يصلون الى (٧٠٪) فى مجتمع ما ويستوى فى الذكور والإناث ، ويكثر حدوثها فى الطفولة خلال نمو الوعى بالذات، وكذلك لدى البالغين عندما يسافرون إلى أماكن جديدة وغريبة عنهم . . أما معدل انتشار اختلال الإنية المرضى فغير معروف لقلة الدراسات فى هذا المجال وإن كانت تشير هذه الدراسات القليلة إلى زيادة حدوثه فى الإناث عنه بين الذكور.

الأسباب :

١- **عوامل بيولوجية** : لقد ارتبط حدوث اختلال الإنية بالصرع وأورام المخ وبتعاطى العقاقير ذات التأثير النفسى مما أكد أنه له أسبابا بيولوجية، ومنها أسباب أخرى جهازية مثل اضطراب وظيفة الغدة الدرقية والبنكرياس.

٢- **عوامل نفسية** : حيث يحدث فى حالات القلق والاكتئاب والتعرض للضغوط النفسية والصدمات العاطفية وفى تجارب الحرمان الحسى.

علاج اضطراب اختلال الانية :

ليست هناك عقاقير تمت تجربتها مع هذا الاضطراب وإن كان القلق المصاحب له يتحسن بمضادات القلق ، وكذلك التحليل النفسى أو العلاج النفسى التبصيرى يفيد فى هذه الحالات ، ولكن إذا كان اختلال الإنية مصاحبا لاضطراب آخر فانه يتحسن بعلاج الاضطراب المسئول عنه.

٥- الاضطراب الانشقاقى غير المحدد فى مكان آخر
Dissociative Disorder Not Otherwise Specified

هذه المجموعه تشمل الاضطرابات التى تشير ملامحها الى اضطراب انشقاقى(مثل تشوه التكامل لوظائف الوعى الذاكرة والادراك للبيئة)ولكن لاتتفق مع مواصفات أى من الاضطرابات المحددة السابقة (الانشقاقية) وتشمل:

١- الحالات التى تمثل مشابهة لاضطراب الهوية الانشقاقى ولكن لاتستوفى كل المواصفات.

٢- خلل ادراك البيئة (Derealization) الذى لايصاحبه اختلال إنية (Depersonalization) لدى الراشدين .

٣- حالات الانشقاق التى تحدث للأفراد الذين تعرضوا لفترات طويلة من الاقناع القسرى (الاكراهى) مثل : غسيل المخ

٤- الحالات النوابية (أو التى تحدث مرة واحدة) التى يضطرب فيها الوعى أو الذاكرة أو الهوية التى توجد فطرية فى بعض البيئات والثقافات ، وتشمل تناقص الوعى بالأشياء المحيطة أو سلوكيات نمطية كأنه تحت سيطرة خارجية (Dissociative Trance Disorder) ومن أمثلته الأموك (Amok) فى أندونسيا ، ولاته (Latah) فى ماليزيا والتلبس (Possession) فى الهند.

٥- فقد الوعى أو الغيبوبة أو شبه الغيبوبة التى لاتعزى إلى حالة مرضية جسمانية.

٦- لزمة جانسر : (Ganser's Syndrome) بإعطاء اجابات تقريبية وغير المرتبط بالنساوة الانشقاقية أو الشراد الانشقاقى.

الفصل السابع

مقدمة :

١- شاب فى الثلاثين من عمره متزوج حديثاً (من أسبوعين) حضر يشكو من فشله فى إيلاج القضيب أثناء الجماع رغم محاولاته المتكررة ولم يسبق له ممارسات جنسية خلال حياته السابقة، ولكنه كان يمارس العادة السرية أحيانا وحتى أمس كان يحدث له انتصاب فى الصباح الباكر أثناء النوم، ولم يكشف فحصه سوى عن بعض علامات الاكتئاب البسيطة والتى لم تكن موجودة قبل ظهور هذه المشكلة .

٢- رجل فى الأربعين من عمره متزوج منذ سبعة أعوام يشكو من سرعة القذف التى طرأت عليه منذ عام، رغم أن الانتصاب فى بداية الجماع يكون طبيعيا ويشعر بتفاقم هذه المشكلة بمرور الوقت وكشف فحصه النفسى عن توتر وقلق.

٣- رجل فى الثامنة والثلاثين من عمره جاء يشكو من زوجته التى تزوجها منذ عام فقط حيث تضع له عصا غليظة بجوار الفراش قبل ممارسة الجنس ثم تستفزه بكلماتها فاذا ضربها استمرت فى استفزازه حتى يؤلم جسدها بالضرب انطلقت تمارس معه الجنس بشهوة واستمتاع واذا حدث ولم يضربها فإنها تكون باردة غير مستمتعه .

هذه أمثلة لحالات اكلينيكية سوف نعرض لها فى هذا الفصل. . هل يمكنك بعد قراءتها مرة ثانية أن تضع اهدافا تعليمية تبغى معرفتها؟ ما هى هذه الاهداف؟

الوظيفة الجنسية واضطراباتها

أولا :الوظيفة الجنسية

تعد الوظيفة الجنسيـ ـى الانسان هى المسئولة عن حفظ النوع الانسانى فعن طريق الالتقاء الجنسى بين الرجل والمرأة ينتقل السائل الذى يقذف من الرجل والذى يحمل الحيوانات المنوية الى الجهاز التناسلى للأنثى، حيث يخترق حيوان منوى البويضة فيخصبها ثم تزرع فى جدار الرحم وتتغذى من بطانته الداخلية (المشيمة)وتتكاثر هذه البويضة المخصبة مكونة كتلة من الخلايا، لا تلبث أن تتميز إلى أجهزة مكونة الجنين الذى يولد طفلا بعد تسعة أشهر قمرية (٢٨. يوما) وبعد ولادة الطفل يلاحظ أن له أعضاء جنسية خارجية تميزه إلى جنس الذكور أو جنس الإناث، وطبقا لهذه الاعضاء الجنسية الخارجية واتجاهات الوالدين فى تربية الطفل والاتجاهات الثقافية المحيطة بالاضافة إلى التأثير الجينى تتكون هوية الشخص الجنسية (Gender Identity)، حيث يشعر برجولته أو أنوثته وهى التى يتولد منها الدور الجنسى (Gender Role). وهو ما يأتيه الفرد من سلوك آخذا فى الاعتبار ذكورته او أنوثته ، ودور الفرد كواحد من جنس الذكور او من جنس الاناث لا يستقر بعد ولادته مباشرة ولكنه يبنى بتراكم الخبرات ومن الممكن أن يكون الدور الجنسى مناقضا للهوية الجنسية فقد يتوحد الشخص مع جنسه ولكنه يتخذ من ملابس وشكل الشعر والصفات الأخرى للجنس المقابل سلوكا له، وقد يتوحد مع الجنس المقابل برغم أنه يلتزم بالسلوكيات المميزة لنفس جنسه.

والجهاز التناسلى لدى الذكر يتكون من الخصيتين (Testes) اللتان تتدليان فى كيس الصفن (Scrotum) بين الفخذين وتصنع الخصيتان الحيوانات المنوية(Sperms) وتفرز هرمون الذكورة (Testosterone) وتتجمع الحيوانات المنوية فى القنوات المنوية التى تتجمع بدورها فيما يسمى بالبربخ

(Epididymes)، وهو عبارة عن قناة طولها ستة أمتار تلتف حول نفسها فتصبح سنتيمترات قليلة، ويرقد أعلى الخصية الى الخلف ويليه الحبل المنوى (spermatic cord) الذى يلتقى بقناة الحويصلة المنوية،وهما غدتان تفرزان سائلا مغذيا للحيوانات المنوية وتقعان خلف المثانة ليكونا القناة القاذفة (ejaculatory duct) التى تفتح على سطح البروستاتا (Prostate)، وهى غدة تقع عند عنق المثانة وخلفها المستقيم وتفرز سائل مغذى للحيوانات المنوية، حيث تبدأ قناة الإحليل (urethra) من المثانة البولية الى طرف القضيب . . والقضيب عبارة عن جزء بارز فوق الخصيتين أسفل البطن أسطوانى الشكل يتكون من أسطوانتين ظهريتين من النسيج الكهفى وأسطوانة بطنية تحمل فى ثناياها قناة الإحليل ، وباندفاع الدم إلى هذا النسيج الكهفى يتمدد القضيب ويحدث الانتصاب.

ويتكون الجهاز التناسلى لدى الأنثى من المبيضين اللذان يقعان على الجانبين فى الحوض أسفل البطن و يفرزان البويضات إلى قناتى فلوب المؤديتين الى الرحم الذى يقع داخل الحوض ويشبه الكمثرى وعنقه إلى أسفل حيث يفتح فى المهبل(Vagina) . . والمهبل عبارة عن ممر ضيق يتسع لمرور القضيب أثناء الجماع (أو لمرور الطفل فى حالة الولادة الطبيعية) ويحيط بالمهبل من الخارج أجزاء الفرج ، وهى عبارة عن الشفرين الكبيرين والشفرين الصغيرين والبظر وفوهه مجرى البول ودهليز الفرج الذى يقود الى مدخل المهبل. . وفى الفتاة البكر يوجد داخل ممر المهبل غشاء رقيق جدا يسمى غشاء البكارة.

ورغم وجود هذه الأجزاء المكونة للجهاز التناسلى لدى الطفل ذكرا كان أو أنثى إلا أنها لا تنضج فسيولوجيا لأداء وظيفتها إلا عند البلوغ ، حيث تنضج الخصية لدى الذكر و تصبح قادرة على انتاج الحيوانات المنوية (ويظهر ذلك فى علامة القذف)وافراز هرمون التستوستيرون الذى يحدث التغيرات الثانوية المصاحبة لعملية البلوغ، وهى ظهور شعر فى كل الجسم وخاصة منطقة العانة

وتحت الإبطين والشارب واللحية وغلظ الصوت وكبر حجم العضلات فيأخذ شكل الجسم المظهر المميز للرجال وزيادة حجم الاعضاء التناسلية. . وكذلك عندما ينضج المبيضان لدى الأنثى ويصبحان قادران على افراز بويضات وهرمونات الأنوثه (الاستروجين والبروجستيرون)وأحدهما وهو الاستروجين يشكل جسم الأنثى حيث يبرز النهدان وتترسب الدهون تحت الجلد فتستدير الأرداف ويصبح الجسم أنثوى التكوين، أما الهرمون الثانى وهو البروجستيرون فيهيئ الرحم لاستقبال البويضة التى تتخصب بواسطة الحيوان المنوى عبر مرورها فى قناة فلوب لكى تزرع فى جدار الرحم وتنبت الجنين هذا اذا خصبت البويضة، أما إذا لم تخصب فإنها تمر إلى الرحم وتنهار استعدادت بطانة الرحم من أنسجه وشعيرات دموية فى صورة دم يمر من عنق الرحم إلى المهبل فالفرج فيما يعرف بدم الحيض الشهرى، وهى العلامة الأساسية لبلوغ الأنثى.

السلوك الجنسى:

١- **العادة السرية** : (Masterbation)كشف دراسات (كينزى) (Kinsey) أن كل الرجال تقريبا وثلاثة أرباع الإناث مارسو العادة السرية بعض الوقت فى حياتهم وهى ملامسة الاعضاء التناسلية بقصد الشعور باللذة سواء صاحبها الذروة لدى الأنثى، او صاحبها هذه الذروة المصحوبة بالقذف لدى الرجال او لم تصاحبها أى من الهزة او القذف كما فى حالة الاطفال.

٢- **الاستجابة الجنسية الطبيعية:** وتمر الاستجابة الجنسية الطبيعية بخمس مراحل هى :

أ - **مرحلة الرغبة** : وتشمل خيالات حول النشاط الجنسى وما يرتبط بالرغبة من افكار ومشاعر.

ب - **مرحلة الاثارة (Excitement)** : وتتميز ببدء الشعور بالانتصاب وحدوث انتصاب لدى الرجل وترطيب المهبل لدى الأنثى مع التفاعلات

الجسدية العامة المصاحبة للتوتر الجنسى(من زيادة ضغط الدم وضربات القلب وعمق التنفس) ويصاحب انتصاب القضيب لدى الرجل زيادة سمك كيس الصفن مع تفلطحه وارتفاع الخصيتان لقصر الحبل المنوى. . وإثارة الأنثى تتميز باحتقان الجهاز التناسلي ويترطب المهبل نتيجة لاحتقان أنسجته التى ترشح سائلا مرطبا ويكون ذلك خلال(١٠ - ٣٠ ثانية) من بدءالاثارة الجنسية مع درجة خفيفة من احتقان البظر الذى يصبح منتصبا لدى بعض الإناث وخلال الإثارة أيضا يبدأ الرحم فى التضخم بسبب الاحتقان ويبدأ فى الابتعاد عن أرضيه الحوض ويأخذ المهبل فى الاتساع لمناسبة حجم القضيب ويصاحب ذلك انتصاب حلمتى الثدى.

جـ - مرحلة استقرار الاثارة : (Plateaue) وهى مرحلة متقدمة من الإثارة وتسبق الذروة (هزة الجماع) مباشرة وفيها يصل الاحتقان فى الاعضاء الجنسية الى قمته فالقضيب يمتلئ ويتمدد بالدم الى أقصى حجم له ويكون الانتصاب فى قمه شدته والخصيتان تمتلئان بالدم وتتضخمان إلى ضعف حجميهما الأصلى وتنقبض العضلات المشمرة (Cremastric) وترفع الاحبال المنوية الخصيتين الى أقصى ارتفاع ممكن ويظهر افراز شفاف من فوهه القضيب مفرزا من غدة كوبر. . ويصل الاحتقان قمته أيضا فى جهاز الأنثى التناسلى فيتلون الشفرين الصغيرين ليعطى الفرج اللون الوردى (Sex Skin) مع تضييق مدخل المهبل وثلثه الخارجى (Orgasmic platform) ويكمل الرحم انتصابه ، وقبل الذروة مباشرة يتحول البظر الى أعلى وينكمش فى وضع مسطح خلف العظام الأمامية للحوض.

د - مرحلة الذروة الجنسية(هزة الجماع) : (Orgasm) وهى اكثر لحظات الشعور باللذة فى العملية الجنسية فلدى الرجل يتدفق المنى خارجا من القضيب المنتصب فى شكل دفقات (٣-٧) بمعدل واحدة كل ٨ ثوان **وتتكون ذروة الرجل من جزئين أولهما :** انقباضات الاعضاء الداخلية للحوض وإشارات الاحساس بالقذف المحتم . .

وثانيهما : الانقباضات الإيقاعية لقناة الإحليل القضيبية وعضلات قاعدة القضيب وعضلات العجان ويشعر الرجل عندئذ بقمة اللذة الجنسية ، ويدخل القضيب فى فترة عصيان لأى إثارة جنسية (Refractory Period) أما ذروة اللذة الجنسية للأنثى فتتكون من الانقباضات الإيقاعية (كل ٨ ثوان)للعضلات المبطنة للمهبل وعضلات العجان والانسجة المتورمة فى الفرج (Orgasmic platform)

هـ - مرحلة الانحلال : (Resolution) وهى المرحلة النهائية للاستجابة الجنسية حيث تعود كل التغيرات الى طبيعتها و يصاحبها الشعور بالاسترخاء والراحة ففى الرجل يقل حجم القضيب وتتدلى الخصيتان إلى وضعهما المعتاد وفى الأنثى يعود المهبل الى حالته خلال فترة (. ١-١٥) دقيقة بعد الذروة وخلال نفس الفترة يكمل الرحم عودته من وضعه المنتصب الى داخل الحوض هابطا .

وهناك مراكز عصبية مسئولة عن الوظيفة الجنسية فى العجز تنبت أليافا عصبية من المناطق(٢ . ٣ . ٤)، وتصل الالياف الى جدران الاوعية الدموية فتتحكم فى اتساعها وتحدث الإثارة الجنسية والمركز العجزى هذا يبدو أنه يتوسط فى الاثارة الجنسية كاستجابة لإثارة مباشرة باللمس للاعضاء التناسلية بينما توجد مراكز عليا تحدث الإثارة أساسا بواسطة الإثارة النفسية وتوجد هذه المراكز فى الدماغ الأوسط وأماكن متفرقة من القشرة الانفعالية (Limbic Cortex).

الاضطرابات الجنسية

Sexual Disorders

تقسم الاضطرابات الجنسية الى مجموعيتن :

١- اختلال الوظيفة الجنسية : (Sexual Dysfunctions)وتتميز بتثبيطات

الاستجابة الجنسية .

٢- الشذوذات الجنسية : (Paraphilias)وتتميز بالاثارة كاستجابة لموضوعات جنسية او مواقف ليست جزءا من الانماط المثيرة المعتادة والتى قد تتداخل بدرجات مختلفة مع الوظيفة الجنسية .

وهناك مجموعة متبقية هى الاضطرابات الجنسية غير المصنفة فى مكان آخر .

اختلال الوظيفة الجنسية

Sexual Dysfunctions

وتشمل الاضطرابات الآتية :

١- اضطرابات الرغبة الجنسية .

٢- اضطرابات الإثارة الجنسية .

٣- اضطرابات الذروة الجنسية .

٤- اضطرابات الألم الجنسى.

٥- اضطرابات الوظيفة الجنسية غير المصنف فى مكان آخر .

٦- اضطرابات جنسية أخرى.

وهذه المجموعة من الاضطرابات لا تشخص اذا كان سبب الاضطراب عضوى مثل اضطراب جسمى او عقار او اذا كان راجعا الى اضطراب عقلى أخر على المحور الأول.

اضطرابات الرغبة الجنسية
Sexual Desire Disorders

ويقسم هذا الاضطراب الى قسمين :

أ - اضطراب نقص الرغبة الجنسية

الذى يتميز بنقص او غياب رغبة النشاط الجنسى (Hyposexual desire) وينتشر بنسة(٣٥ ٪) بين الإناث و(١٥ ٪) بين الذكور الذين يشكون من عدم وجود الرغبة الجنسية . . ويتميز بتكرار أو استمرار نقص او غياب الرغبة للممارسة الجنسية، ويتم التشخيص بواسطة الأخصائى بعد أن يأخذ فى الاعتبار عوامل مثل السن او الجنس والحالة الصحية العامة وحياة الشخص الاجتماعية، وهذا الاضطراب ليس راجعا الى اضطراب نفس آخر(من بين التشخيصات الأخرى التى توضع على المحور الأول) مثل الاكتئاب النفسى وإن كان يمكن أن يصاحبه

ب - اضطراب تجنب اللقاء الجنسى
Sexual Aversion Disorder

الذى يتميز بتكرار التجنب لكل أو أغلب اللقاءات الجنسية مع الشريك الجنيلى وحدوثه لا يستبعد خلال مسار اضطراب نفسى آخر على المحور الأول مثل الوسواس القهرى أو الاكتئاب.

الأسباب:

١- **عوامل بيولوجية** : تعطى عقاقير تثبط الجهاز العصبى المركزى او تقلل من هرمون التستوستيرون تسبب نقص الرغبة الجنسية، كما أن مرضا جسمانيا شديدا قد يسبب نقص الرغبة الجنسية أيضا، او عملية جراحية أثرت على صورة الجسم مثل استئصال الثدى جراحيا او استئصال الرحم او البروستاتا قد يقلل من الرغبة.

٢- **عوامل نفسية** : يعد نقص الرغبة الجنسية دفاع (طريقة دفاعية) للحماية من مخاوف لا شعورية حول الجنس او نزعات جنسية مثلية غير مقبولة تثبط الرغبة او تسبب التجنب للممارسة الجنسية فلقد اعتبر فرويد نقص الرغبة الجنسية راجعا الى عدم حل الصراع الأوديبى والتثبيت فى المرحلة القضيبية او الخوف من المهبل أن يخصى (يقطع) القضيب اذا اقترب منه (Vagina dentata) أى الاعتقاد اللا شعورى بأن الفرج له أسنان (ومن ثم فإنه يتجنب جهاز الأنثى التناسلى كلية كما أن القلق المزمن او الاكتئاب يمكن أن يكون سببا لنقص الرغبة الجنسية وقد يكون نقص الرغبة تعبيرا عن العداء للشريك الجنسى.

اضطرابات الاثارة الجنسية

Sexual Arousal Disorders

وتشمل اضطرابات الاثارة الجنسية لدى الذكور وكذلك لدى الاناث .

أ - اضطراب الاثارة الجنسية لدى الذكر

(العنة) (Impotence)

ويتميز بالفشل الجزئى او الكلى فى المحافظة على انتصاب القضيب حتى إتمام العملية الجنسية سواء كان هذا الفشل ثابتا او متكررا . . وقد تكون العنة أولية حيث لم ينجح الشخص فى إدخال قضيبه الى فرج أنثى، أو عنه ثانوية حيث يكون قد نجح فى ذلك فى وقت ما من حياته الجنسية ولكنه أخيرا غير قادر على ذلك، وهناك العنة الانتقائية حيث ينجح أحيانا ويفشل فى أحيان أخرى، مثل من ينجح مع داعرة ويفشل مع زوجته.

ولقد لوحظ وجود العنة الثانوية فى نسبة كبيرة من الرجال تصل الى (٢٠٪)من كل الرجال، بينما لا تتجاوز العنة الأولية (١٪)من الرجال الذين تقل أعمارهم عن خمسة وثلاثين عاما، ويزداد معدل العنة مع تقدم السن ، وقرر(كينزى) أن (٧٥٪) من الرجال لديهم عنه فى سن الثمانين، ولكن لوحظ أن العنة مع السن ليست شرطا حيث أن توافر الشريك فى الشيخوخة هو العامل الحاسم فى استمرار الطاقة الجنسية من عدمها .

اسباب العنة :

١- **عوامل بيولوجية** : هناك امراض جسمانية عديدة قد تسبب العنه مثل التهاب الغدة النكفية وفشل وظائف القلب والفشل الكلوى وتليف الكبد ونقص التغذية، ومرض البول السكرى ومرض اديسون واختلال وظيفة الغدة النخامية فى تنشيط الخصيتين، ونقص نشاط الغدة الدرقية او زيادة نشاطها او امراض عصبية مثل التصلب المتناثر ومرض باركنسون ومرض بالحبل الشوكى والتهاب الاعصاب الطرفى، وكذلك بتأثير بعض العقاقير المحدثة للادمان مثل الكحول والمورفين والكوكايين والأمفيتامين، أو

بتأثير عمليات جراحية مثل استئصال البروستاتا عن طريق العجان أو العلاج بالاشعاع، أو حالة الضعف العام الشديدة ،وهناك بعض العقاقير التى تحدث العنه مثل بعض مضادات الاكتئاب (الإيميبرامين والديسيبرامين والكلوميبرامين والأميتريبتيلين ومثبطات الانزيم المؤكسد للأمينات الحيوية)، وكذلك الليثيوم والليبريوم وبعض المطمئنات العظمى(مثل الفلوفينازين والثيوريدازين والكلوربروثكسين والبرفينازين والرزبين والهالوبيريدول)، وبعض مضادات الضغط المرتفع (مثل الكلونيدين والمثيل دوبا).

أما بخصوص ازالة الخصيتين فيما يسمى بعملية الخصاء فإنها لا تسبب العنه لأن لمس الفخذين من الداخل يحدث الانتصاب حيث أن مراكز الانتصاب فى العجز مازالت سليمة.

٢- **عوامل نفسية** : اعتبر فرويد سبب العنه هو عدم قدرة الرجل على الجمع بين مشاعر الحب ومشاعر الرغبة تجاه نفس المرأة مثل هذا الرجل قد يستطيع ممارسة الجنس مع النساء الساقطات فى نظرة . وهناك عوامل نفسية أخرى مثل الأنا الأعلى القاسى الذى يعاقب الشخص على حفزاته الجنسية أو عدم الشعور بالأمان أثناء الممارسة أو الشعور بالدونية مع شريكته أو الشعور بأنه غير مرغوب منها. .وغالبا ما تعكس العنه اضطرابا فى العلاقة الحالية بين الشريكين فى الممارسة الجنسية .

اذا اتضح من التاريخ الجنسى المفصل للشخص أنه يحدث له انتصاب تلقائى احيانا أو فى الصباح الباكر أو أثناء ممارسة العادة أو مع شريك آخر غير زوجته، فان هذا يجعلنا نستبعد الأسباب العضوية للعنه.

وهناك طرق لمعرفة ما إذا كان هناك انتصاب خلال فترات النوم أم لا (nocturnal penile tumesence) تساعد على استبعاد الاسباب العضوية وتستخدم بعض الاستقصاءات المعملية لمعرفة السبب العضوى، مثل : معدل

السكر فى الدم ومستوى الهرمونات فى الدم (التستوستيرون والبرولاكتين) ووظائف الكبد والغدة الدرقية .

ب - اضطراب الاثارة الجنسية لدى الأنثى

ويتميز بفشل الأنثى فى الحصول على الإثارة الجنسية كليا او جزئيا حتى اتمام الأداء الجنسى، ويتكرر ذلك او يكون سمة ثابته والإثارة الجنسية لدى الأنثى(كما سبق توضيحها) فى ترطيب الفرج ودفئه واحتقانه ، ولذا فإنه يطلق أحيانا على هذا الاضطراب البرود الجنسى (Frigidity) ويصعب معرفه معدل انتشاره، ولكن تشير بعض الدراسات الى أن (٣٣٪) من الزوجات السعداء فى حياتهن الزوجية يفشلن فى المحافظة على إثارتهن الجنسية أثناء عملية الجماع.

ويرتبط نقص الاثارة الجنسية لدى الأنثى بعوامل نفسية عديدة فالصراعات النفسية تعبر عن نفسها فى تثبيط الإثارة الجنسية لدى الأنثى، وبعضهن يكون السبب هو وجود ألم أثناء عملية الجماع او يصاحب نقص الرغبة الجنسية.

كما وجدت علاقة بين معدلات الهرمونات فى الدم والإثارة الجنسية حيث لوحظ أن النساء السويات جنسيا يكون لديهن رغبة جنسية بصفة خاصة قبل بدء الحيض (الدورة الشهرية)، أما اللاتى يعانين من اختلالات الوظيفة الجنسية فإنهن يشعرن بإثارة جنسية عقب الحيض او عند وقت التبويض.

اضطرابات الذروة الجنسية

Orgasmic Disorders

أ- نقص الذروة الجنسية لدى الذكر (Inhibited Male Orgasm)

ويتميز بالتأخر او غياب الذروة الجنسية المتكرر او المستمر لدى الذكر بعد مرحلة اثارة جنسية سوية خلال ممارسة جنسية، وهذا الفشل عادة مرتبط بالمهبل أما خارجه فيمكن الوصول الى الذروة الجنسية بإثارة أخرى، مثل الاستمناء(العادة السرية) وليس سبب ذلك اضطراب نفسى آخر (يوصف على المحور الأول) مثل الاكتئاب.

ويطلق على هذا الاضطراب أيضا (تأخر القذف)، حيث يحصل الرجل على القذف بصعوبة خلال عملية الجماع (Retarded Ejaculation)، ويمكن أن يكون أوليا(اذا لم يستطع القذف خلال ممارسة جنسية إطلاقا) أو ثانويا(اذا حدث بعد فترة أداء طبيعى).

ويجب علينا أن نميز بين الذروة الجنسية المثبطة (الموصوفة هنا) وبين القذف الراجع (retrograde ejaculation)، حيث يكون القذف الراجع فى حالات استئصال البروستاتا او تعاطى عقاقير ذات مفعول مضاد للكولين (Anticholinergic)، مثل مجموعة الفينوثيازين وفيها يرجع السائل المنوى الى الخلف أى الى المثانة البولية . . وهناك من يقذفون ولكنهم يشكون من غياب الشعور باللذة المصاحب لعملية القذف (Orgasmic anhedonia).

ويعتبر اضطراب الذروة الجنسية المثبطة لدى الذكر أقل انتشارا من العنه حيث لم تتجاوز نسبته (٣: ٨٪)فى عينه من الرجال يعانون من الاضطرابات الجنسية .

الأسباب :

١- عوامل بيولوجية :

جراحة أجريت على الجهاز البولى التناسلى مثل استئصال البروستاتا أو مرض باركنسون أو امراض عصبية أثرت على المناطق القطنية والعجزية من الحبل الشوكى؛ بعض العقاقير المخفضة لضغط الدم المرتفع مثل المثيل دوبا والجوانثيدين ومجموعة الفينوثيازين .

٢- عوامل نفسية :

عادة فى حالات تثبيط الذروة الجنسية الأولى يكون السبب نفسى حيث يدرك الرجل المصاب بهذا الاضطراب الجنسى كشئ مثير للشعور بالذنب، والاعضاء التناسلية كشئ قذر وقد يكون لديه رغبات (شعورية أو لا شعورية) محرمة وشعور بالذنب تبعا لذلك، وتوجد صعوبة فى علاقته الحميمة خارج نطاق الجنس. . وقد يكون تثبيط الذروة الجنسية يعكس اضطرابات فى العلاقة مع الشريك الجنسى، أو يكون متناقضاإزاء رغبة زوجته فى الحمل أو أن زوجته فقدت جاذبيتها الجنسية بالنسبة له ، أو أنه يعبر عن عدوان مكبوت تجاهها، وهذا الاضطراب شائع أكثر بين مرضى الوسواس القهرى أكثر من غيرهم.

ب - الذروة المثبطة لدى الانثى :

Inhibited Female Orgasm (Anorgasmia)

التأخر او غياب الذروة الجنسية لدى الأنثى والمتكرر بعد إثارة جنسية طبيعية أثناء الممارسة الجنسية التى تكون مناسبة فى الشدة والمدة (من خلال حكم الاخصائى)، بعض الإناث يكن قادرات على أن يصلن لذروة جنسية أثناء الجماع فى غياب إثارة البظر باليد، وبعضهن يكن قادرات على الوصول لذروة جنسية من خلال إثارة البظر فى غير جماع دون حدوث ذلك فى الجماعإالا بإثارة البظر، وهذا يعد تفاوتا طبيعيا فى استجابة الأنثى الجنسية.

وتشير نظرية فرويد الى أن الأنثى يجب أن تنتقل من حساسية البظر التى توصلها الى الذروة الجنسية الى حساسية المهبل التى تحقق لها الذروة وصولا الى النضج الجنسى، ولكن الكثيرات من النساء لا يصلن للذروة الجنسية إلا إذا صاحب الجماع إثارة البظر وهذا يعد تفاوتا طبيعيا أيضا .

وتعد المرأة فاقدة الذروة أوليا اذا لم تذقها أبدا بأى نوع من الإثارة طيلة حياتها السابقة ، وثانويا إذا خبرته المرأة ولو مرة واحدة مهما كان نوع الإثارة (سواء كان بالعادة السرية او خلال النوم والاحتلام) وفقد الذروة الأولى تصل نسبته (٥٪)فقط(فى دراسة كينزى على المتزوجات فوق الخامسة والثلاثين)أما فقد الذروة الجنسية الثانوى فيعد شكوى شائعة للمتزوجات.

وعدم حصول المرأة على ذروة جنسية يرجع الى أسباب نفسية هى : الخوف من الحمل ورفض الشريك الجنسى وتلف (جرح)بالمهبل،أو العدوان تجاه الرجل والشعور بالذنب تجاه الحفزات الجنسية . . ولدى بعض النساء تكون الذروة الجنسية مساوية لفقد السيطرة على النفس ، أو مرتبطة بالسلوك العدوانى المدمر، وهذه المشاعر يعبر عنها بتثبيط الذروة الجنسية أو الإثارة الجنسية. . كما أن المحاذير الاجتماعية والقيم الثقافية المرتبطة بالكبت الجنسى لها أهمية فى حدوث هذا الاضطراب.

وقد تكون المرأة التى لا تصل الى ذروة جنسية لا تعانى شيئا آخر، ولكن أحيانا تعانى من إحباط او احتقان فى الحوض وألم فى أسفل البطن وهرش وزيادة الافراز المهبلى بالاضافة الى زيادة التوتر وسرعة الاست[illegible] جهاد الجسمانى.

سرعة القذف

Premature Ejaculation

وهو اضطراب مرتبط بالذروة الجنسية أيضا ويتميز بتكرار القذف قبل رغبة الشخص فى إحداث قذف مع إثارة جنسية ضئيلة او قبل الإثارة سواء كان

قبل ادخال القضيب أو بعده ، ويؤخذ فى الاعتبار عند تشخيص هذا الاضطراب عوامل السن والنظرة الى الجنس ومدة الجماع وتختلف رؤية(ماسترزوجونسون) لهذا الاضطراب حيث يريانه من منظور الزوجية بأنه عدم كفاية فترة الجماع لوصول المرأة الى ذروة جنسية على الأقل فى نصف مرات الجماع. . لا يحدث للمرأة قذف مبكر (ذروة جنسية مبكرة) ولكن لوحظ حدوث ذروات جنسية متعددة تلقائية تحدث للمرأة دون إثارة جنسية وتنشأ عن بؤرة صرعية فى الفص الصدغى.

وأسباب هذا الاضطراب نفسية أهمها نفس أسباب العنه (التى سبق ذكرها)عدم الرضا عن الشريك الجنسى، والقلق المرتبط بالجماع والمخاوف المرتبطة بالفرج والتسرع والارتباك او الخوف من آخرين يقيمون معه فى نفس المسكن او وجود مشاكل فى الحياة الزوجية.

اضطرابات الألم الجنسية
Sexual Pain Disorders (Dyspareunia)

وفيه يوجد إلم ثابت ومتكرر فى العضو التناسلى (سواء للذكر أم للأنثى) قبل او أثناء أو بعد الممارسة الجنسية ، وليس سبب هذا الألم نقص الترطيب أو انقباض المهبل او أى سبب عضوى آخر. . وقد ينشأ هذا الاضطراب عن التوتر والقلق المرتبط بالعملية الجنسية ، ويتبع هذا الألم انقباض عضلات المهبل لا اراديا، والألم يكون إحساسا حقيقيا ومزعجا وغير محتمل . . والألم المرتبط بالجماع قد يحدث للرجال ولكنه غير شائع كشكوى مرضية.

التقلص المهبلى
Vaginismus

وهو تقلص لا إرادى فى عضلات الثلث الخارجى للمهبل الذى يمنع إيلاج القضيب داخله أثناء الممارسة الجنسية ، وقد يحدث هذا أثناء الفحص المهبلى أيضا، ويشترط لتشخيصه عدم وجود سبب عضوى ،وأن لا يكون عرضا لاضطراب نفسى آخر على المحور الأول. . وهذا الاضطراب ينتشر أكثر بين المتعلمات اللائى ينحدرن من طبقات اجتماعية راقية، ورغم أن الفتاة قد ترغب فى الممارسة الجنسية الا أنها لا شعوريا تنقبض لمنع اختراق القضيب لجسدها، حيث قد تتصوره (القضيب)على أنه سلاح قد يؤذيها ، وقد يكون السبب هو صدمة جنسية مثل الاغتصاب وأحيانا الألم من الجماع الأول الذى يتمزق فيه غشاء البكارة هو الذى يسبب التقلص المهبلى ، وأحيانا تكون القيم التربوية المضادة للجنس هى المسئولة عنه وقد يكون التقلص المهبلى بسبب سوء معاملة الزوج (الشريك)وهذا رفض له.

اضطراب الوظيفة الجنسية بسبب حالة مرضية جسمانية
Sexual Dysfunction Due to a General medical Condition

وتتميز بحدوث خلل هام فى الوظيفة الجنسية يسبب انزعاجا للشخص أو يؤثر على علاقته بشريكه الجنسى بدرجة ملحوظه، وتؤكد وسائل الفحص أو الاستقصاء المعملى أن الاضطراب يسبب حالة مرضية جسمانية ، ولايعزى لاضطراب عقلى آخر مثل الاكتئاب الجسيم.

وأنواعه الفرعية هى:

- الرغبة الجنسية لدى الأنثى بسبب حالة مرضية جسمانية.

٢- نقص الرغبة الجنسية لدى الذكر بسبب حالة مرضية جسمانية.

٣- اضطراب الإثارة الجنسية لدى الذكر بسبب حالة مرضية جسمانية

٤- اضطراب الألم أثناء الجماع لدى الأنثى بسبب حالة مرضية جسمانية.

٥- اضطراب الألم أثناء الجماع لدى الذكر بسبب حالة مرضية جسمانية.

٦-اضطرابات الوظيفة الجنسية الأخرى لدى الأنثى بسبب حالة مرضية جسمانية.

٧-اضطرابات الوظيفة الجنسية الاخرى لدى الذكر بسبب حالة مرضية جسمانية.

التشخيص الفارق:

١- الاكتئاب الجسيم.

٢- نقص الاهتمام بالناحية الجنسية الذى قد يصاحب التقدم فى السن.

اضطراب الوظيفة الجنسية بسبب تأثير مادة

Substance-Induced Sexual Dysfunction

ويتميز باختلال الوظيفة الجنسية الذى يسبب انزعاجا ملحوظا لشخص أو يسبب اضطرابا فى العلاقة بالشريك الجنسى يسيطر على الصورة الاكلينيكية ، مع وجود براهين من الفحص أو الاستقصاءات المعملية أن خلل الوظيفة الجنسية بسبب تأثير المادة سواء كانت مادة مخدرة يساء استخدامها ، أو عقارا طبيا يتم تعاطيه كعلاج لمرض ما ، ولا يعزى الاضطراب لأسباب أخرى غير تاثير المادة .

وأنواعه الفرعية:

١-اضطراب الوظيفة الجنسية بسبب تأثير مادة المصاحب بخلل الرغبة الجنسية.

٢-اضطراب الوظيفة الجنسية بسبب تأثير مادة المصاحب بخلل الاثارة الجنسية.

٣-اضطراب الوظيفة الجنسية بسبب تأثير مادة المصاحب بخلل الذروة الجنسية.

٤-اضطراب الوظيفة الجنسية بسبب تأثير مادة المصاحب بألم أثناء الجماع .

اضطرابات الوظيفة الجنسية
غير المصنفة فى مكان آخر

Sexual Disorders not Otherwise Specified

وهى مجموعة الاضطرابات التى لا يمكن تصنيفها تحت أى من الاضطرابات السابقة مثل :

١- غياب الإحساس الشبقى أو الخدر وعدم الشعور باللذة : رغم الأداء الفسيولوجى السليم لكل مراحل الوظيفة الجنسية بسبب الشعور بالذنب تجاه الاستمتاع باللذة الجنسية ، وهذا يحدث إنشقاقا يعزل فيه الوجدان عن الخبرة الفسيولوجية المعاشة.

٢- الحالات التى تشبه القذف السريع لدى الأنثى.

٣- الاسراف فى العادة السرية تحت الشعور بالقهر فى ذلك الاسراف.

٤- الألم فى العضو التناسلى أثناء العادة السرية .

٥- الصداع الذى يتبع الجماع : يحدث فى المنطقة القفوية او الجبهية وسببه غير معروف ولكنه قد يكون وعائى او ناتج عن توتر العضلات وانقباضها وقد يرسب الجماع نوبات صداع الشقيقة.

٦- نقص الشعور الذاتى بالاثارة برغم أن الاثارة والذروة الجنسية فيما عدا ذلك طبيعية.

٧- المواقف التى يستنتج الفاحص فيها أن خلل الوظيفة الجنسية موجود ولكن لايمكن تحديد ما إذا كان أوليا او بسبب حالة مرضية جسمانية أو بسبب تأثير مادة .

١- الشذوذات الجنسية (انحرافات السلوك الجنسى)

Paraphilias(Sexual Deviations)

ويتميز هذا الاضطراب بتكرار الاثارة الجنسية الشديدة وإثارة الخيالات المثيرة جنسيا كاستجابة لموضوعات جنسية ،او مواقف ليست جزءا من الأنماط المثيرة المعتادة والتى قد تد خل بدرجات مختلفة مع الوظيفة الجنسية **وتشمل بصفة عامة ما يلى :**

١- تفضيل استخدام الاشياء غير الآدمية .

٢- معاناة النفس أو الشريك.

٣- الأطفال أو الاشخاص غير الموافقين.

وقد تكون المثيرات الشاذة (أوالخيالات)دائما هامة للاثارة ودائما موجودة ضمن النشاط الجنسى ، وقد يفضل وجودها فى نوبات كفترات التوتر مثلا وخلال أوقات أخرى يكون الشخص قادرا على أداء الوظيفة الجنسية دون خيالات او مثيرات شاذة. . **وتشمل الشذوذات الجنسية ما يلى :**

١- الاستعرائية .

٢- التوثين الفيتيشية

٣- التحكك.

٤- الولع بالاطفال (الشذوذ المرتبط بالاطفال).

٥- المازوخية الجنسية.

٦- السادية الجنسية.

٧- التوثين منحرف الملبس.

٨- التبصص.

٩- الشذوذ غير المصنف فى مكان آخر.

وعادة يكون لدى الشخص شذوذات من ثلاثة الى أربعة من الشذوذات المختلفة كما يكون لديهم اضطرابات عقلية أخرى مثل الادمان اواضطرابات الشخصية المختلفة.

ومن الاعراض المصاحبة أن يختار الشخص وظيفة تجعله فى احتكاك بالمثير المرغوب ، مثل بيع أحذية السيدات أو العمل مع الاطفال أو قيادة سيارة الاسعاف فى حالة السادية، وقد يجمع صور أو أفلام الموضوع الخاص به (المثير الشاذ) . وبعضهم يلجأ للدعرات للحصول على إثارة شاذة ، أو ينفذون خيالاتهم مع ضحايا بالرغم منهم.

الاعاقة والمضاعفات :

وكثيرون من الشاذين جنسيا (المصابين بهذا الاضطراب) لا يعانون ولكن المشكلة تكمن فى تفاعل الآخرين تجاه سلوكهم وبعضهم يشعرون بالذنب والخجل والاكتئاب عند الاندماج فى نشاط جنسى غير معتاد (او غير مقبول اجتماعيا)، وتزداد معاناة الشخص عندما يصبح شريكه واعيا أن سلوكه الجنسى غير معتاد ، أو إذا رفض شريكه الاندماج معه فى السلوك الجنسى عندئذ قد تثبط الاثارة الجنسية. . وفى بعض الشذوذات الجنسية قد يصاب الشخص جسمانيا كما فى حالة المازوخية، وقد يقبض عليه بواسطة البوليس، كما فى حالة الاعتداء على الاطفال او التبصص والاستعرائية والتحكك والسادية الجنسية .

انتشار الشذوذات الجنسية :

تعد الشذوذات الجنسية شائعة الانتشار ولكن نادرا ما يمثلون للتشخيص والعلاج وتكثر بين الذكور عنها بين الإناث بنسبة (١-٢٠) ، ويصل السلوك الشاذ جنسيا الى قمته بين الخامسة عشرة والخامسة والعشرين من العمر.

الأسباب:

١- عوامل بيولوجية :

لوحظ وجود مشاهدات تشير الى اضطرابات عضوية لدى ذوى السلوك الجنسى الشاذ ، وذلك من خلال فحص حالات الذين حولوا الى مراكز طبية حيث وجد أن معدل الهرمونات غير طبيعى لدى (٧٤٪) ، ووجود علامات اختلال عصبى دقيق لدى(٢٧٪) ، وشذوذ الجينات الوراثية لدى(٢٤٪) ولكن يظل تساؤل هو هل هذه المشاهدات سبب حدوث هذه الشذوذات الجنسية أم أنها مجرد شذوذات مصاحبة وجدت بمحض الصدفة ؟ وهذا السؤال مازال قيد البحث.

٢- عوامل نفسية واجتماعية :

تعتبر المدرسة التحليلية أن السلوك الشاذ جنسيا يعد فشلا فى اكتمال النمو النفسى الطبيعى فى الانتقال الى الغيرية الجنسية(أى الجنس الآخر) ، فالفشل فى حل الصراع الأوديبى بالتوحد مع الأب من نفس الجنس، ينتج إما توحدا مع جنس الأب من الجنس المقابل او اختيار موضوع لإفراغ الطاقة الجنسية فيه ؛ فالجنسية المثلية واضطراب تحول الزى واضطراب تحول الجنس تعتبر توحدات مع الجنس المقابل، أما الاستعرائية والتبصص فإنها تعد تعبيرات غن التوحد الأنثوى ، حيث أن الشاذ يحب دائما تفحص اعضائه الجنسية وأعضاء غيره ليهدئ من قلقه المرتبط بالخصاء.

وهناك مدارس أخرى تعزى الشذوذ الجنسى إلى الخبرات المبكرة التى تعود الطفل مزاولة هذا السلوك الشاذ جنسيا ، مثل محاكاته لآخر أو ممارسته مع آخر خلال طفوله.

الأنواع طبقا لشدة السلوك الجنسى الشاذ :

١- **الخفيف** : حيث يكون الشخص مكروب من تكرار النزعات الشاذة دون أن يمارسها .

٢- **المتوسط** : وهو الذى يمارس أحيانا نزعاتة الشاذة .

٣- **الشديد**: حيث تتكرر النزعات كثيرا وتصاحبها الممارسة للسلوك الشاذ .

الاستعرائية

Exhibitionism

وتتميز بتكرار نزعات جنسية شديدة تثير الخيال مدتها ستة شهور وتشمل تعرية(استعراض) العضو التناسلى للغرباء ، وهو إما يمارسها مكروب منها وأحيانا يستمنى المضطرب خلال عرض عضوه الجنسى (او يتخيل أنه يعرض عضوه للآخرين) لا يكون فى هذا الاضطراب محاولة ممارسة الجنس مع المعروض له ولذا فهو لا يؤذى ، ضحيته بعضهم يكون واعيا برغبته فى إدهاش الآخر(الملاحظ) ، والبعض الآخر يتخيل أن الشخص المشاهد سوف يثار جنسيا ويبدو أنها(الاستعرائية) تحدث للذكور فقط والضحايا غالبا من النساء أو الاطفال.

وتعنى الاستعرائية أن الشخص يؤكد رجولته بعرض قضيبه وملاحظة تفاعل الضحية من خوف او اندهاش او قرف ، وعلى مستوى اللاشعور تعنى أن هذا الرجل يشعر بالخصاء والعجز الجنسى ، وزوجات الاستعرائيين غالبا بديلات للأم التى كان يرتبط بها الطفل بشدة خلال طفولته.

ويبدأ اضطراب الاستعرائية عادة قبل سن الثامنة عشرة او بعده بقليل وقليل من الحالات يبدأ بعد سن الأربعين.

التشخيص : تشخص الاستعرائية بوجود :

١- حفزات جنسية شديدة ومتكررة ومصاحبة بخيالات مثيرة جنسيا من خلال عرض(تعريه) الشخص لأعضائه التناسلية لشخص غريب دون اشتباه فى أنه غريب على مدى سته شهور على الأقل.

٢- والشخص اما أن يمارس هذه الحفزات بلذة أو أنه مكروب منها .

التشخيص الفارق :

١- التعرى فى حالات الولع بالاطفال قد يكون جزءا من الممارسة مع الطفل .

٢- التبول فى مكان عام : يعطى الفرصة أحيانا لمن لدية ميول استعرائية .

٣- بعض حالات الذهان : مثل الهوس أو الخرف أو اضطراب الشخصية العضوى.

التوثين (الفيتشية)
Fetishism

وهو تكرار استخدام أشياء ليست بها حياة للحصول على إثارة جنسية، إلا إذا كان الشئ مخصصا للإثارة الجنسية مثل ملابس النساء أو الهزاز[١]، مثل متعلقات النساء من الاحذية او الجوارب ، وقد يشمل النشاط الجنسى الوثن وحده كما فى حالة ممارسة الاستمناء او يدمج الوثن فى ممارسة جنسية بأن يطلب من شريكه ارتداء شئ معين ، فالوثن عادة يلزم بشدة للإثارة الجنسية وغيابة قد يسبب فشل جنسى لدى الذكور.

ويبدأ هذا الاضطراب من الطفوله ويصبح مزمنا وعادة يحدث للذكور. .

---

(١) الهزاز : جهاز يستخدم لاحداث انتصاب القضيب

ولدى الإناث قد يكون هوس السرقة محدثا لإثارة جنسية وهنا يكون الوثن رمزا للقضيب .

تشخيص التوثين :

١- وجود حفزات جنسية شديدة ومتكررة وخيالات مثيرة تحوى استخدام أشياء ليست بها حياة.

٢- والشخص يمارس هذه الحفزات بلذة او أنه مكروب منها .

٣- ليست الأوثان ملابس نساء او اغراض معدة للإثارة الجنسية مثل الهزاز.

التحكك

Frotteurism

يتميز هذا الاضطراب بحك الذكر قضيبة فى جسد الأنثى المرتدية لكامل ثيابها للحصول على اللذة الجنسية ، وعادة يحدث ذلك فى الأماكن المزدحمة (مثل الأتوبيسات) والمتحكك عادة شخص سلبى منعزل، وغالبا يكون التحكك هو مصدره الوحيد للحصول على اللذة ، أما الضحية فيتم اختياره على أساس الجاذبية الجنسية ويكون التحكك فى فخذ الضحية او مقعدته مع تخيل علاقة جنسية معه، وقد لا يعترض الضحية لعدم تصوره أن هذا فعل جنسى فى مكان عام . . وعادة يبدأ اضطراب التحكك فى سن المراهقة ويقل بعد سن الخامسة والعشرين .

تشخيص اضطراب التحكك:

١- وجود حفزات جنسية متكررة ومصاحبة بخيالات جنسية مثيرة من خلال التحكك وملامسة قضيب الشخص فى جسد شخص آخر دون موافقته ويستمر لمدة سته شهور.

٢- ويمارس الشخص هذا السلوك الجنسى الشاذ او يسبب له ازعاج .

التشخيص الفارق :

١- الإثارة الجنسية الطبيعية : ولكن فيها موافقة الشريك .

٢- التخلف العقلى أو الفصام : وفيهما نقص فى الحكم على الأمور وفى المهارات الاجتماعية أو التحكم فى النزعات وهو لا يحاول التهرب بعد ملامسة الضحية.

الولع بالأطفال (الشذوذ الجنسى المرتبط بالأطفال)

Pedophilia

ويميز هذا الاضطراب وجود حفزات جنسية شديدة أو خيالات مثيرة جنسية مرتبطة بالاطفال غير البالغين الذين تقل أعمارهم عن ثلاث عشرة سنة ، وتتكرر مدة لا تقل عن ستة شهور للمضطرب الذى لا يقل عمره عن ستة عشر عاما ، ولا يقل فارق السن بين المضطرب والضحية عن خمس سنوات.

ويولع المضطربون بالأطفال من الجنس المقابل أكثر من ميلهم للأطفال من نفس الجنس، ويفضلونهم بين الثامنة والعاشرة من العمر وفى بعض الحالات تكون الإثارة أيا كان جنس الطفل. . وبعض المضطربين يولع بالاطفال فقط ، وبعضهم يولع بالكبار أيضا بالاضافة لولعه بالاطفال.

بعض المولعين بالأطفال قد تتحدد ممارسته للشذوذ بتعريه الطفل والنظر اليه مستمنيا فى وجوده أو ملامسة الطفل وتقبيله ، بينما بعضهم يلعق أعضاء الطفل التناسلية أو يخترق مهبل الطفلة (أو فتحه شرج الطفل)باصبعه أو بالقضيب. . وقد يحدد الشخص ممارسته لأطفاله هو أو اطفال زوجته أو أقاربه أو ضحايا من خارج اسرته، وبعضهم يهدد الطفل بفضح امره، وآخرون يحتالون

للوصول الى الطفل حتى بالزواج من الأم وكسب ثقتها. . وفيما عدا حالات السادية يكون المضطرب كريما وملفت لانتباه الطفل ويلبى له حاجته في كل ما يطلب ، وذلك لكسب ود الطفل واهتمامه وطاعته ومنعه من الكشف عما يحدث من ممارسة للآخرين.

بداية الاضطراب ومساره :

يبدأ هذا الاضطراب فى المراهقة وأحيانا عند منتصف العمر، ويصبح مزمنا خاصة فيمن يولعون بالاطفال الذكور، وعادة يسير الاضطراب فى موجات اشتدادية مرتبطة بالضغوط الاجتماعية.

تشخيص اضطراب الولع بالاطفال :

١- تكرار حفزات جنسية لممارسة او تخيل مثير جنسيا يكون موضوعه طفل قبل البلوغ (أقل من ١٣ سنة)واستمر ذلك مالا يقل عن ستة شهور.

٢- ويمارس الشخص هذه الحفزات او يصبح مكروبا عن ستة شهور.

٣- لا يقل سن الشخص المولع بالاطفال عن ستة عشر عاما ويجب أن يزيد عمره خمسة أعوام من عمر الضحية (الطفل).

التشخيص الفارق :

١- التخلف العقلى ولزمة اضطراب الشخصية العضوى والتسمم الكحولى والفصام وهى تتميز جميعها بنقص الحكم على الأمور ونقص المهارات الاجتماعية وعدم ضبط النزعات وعادة يكون الفعل الجنسى مع الطفل مرة واحدة وهى ليست الطريقة المفضلة للحصول على المتعه الجنسية.

٢- الاستعرائية : التعرى أمام طفل دون فعل جنسى.

٣- السادية الجنسية : قد تصاحب الولع بالاطفال .

المازوخية الجنسية [1]

Sexual Masochism

تتميز المازوخية الجنسية بتكرار الحصول على الإثارة من خلال إيذاء يقع عليه(من إهانة أو ضرب)، أو من خلال مشاركه فى نشاط يهدد حياته أو يحقق له ايذاء بدنى وتظل الممارسة أو المعاناة منها فترة ستة شهور.

بعض المازوخين يتخيل أثناء الممارسة الجنسية أو الاستمناء (مثل الاعتصاب او أنه قيد لدرجة لا يستطيع الهروب)، وبعضهم بمارسون خيالاتهم المازوخية بربط أنفسهم او صعق أنفسهم او تشويهها او مع شريك. . وتشمل الأعال المازوخية الاجهاد الجسمى وتقييد الحركة وتغطية الوجه والصفع على الوجه (الضرب) والصعق بالكهرباء والوخز بدبوس والإيذاء بالالفاظ. . وأحيانا تكون رغبة المازوخى فى أن يعامل كطفل عاجز.

وهناك أنواع خطيرة من المازوخية يكون الإيذاء فيها بنقص الأكسجين وذلك بأن يضع الشخص كمامة على أنفه ، وأحيانا بالضغط على الصدر ولكنه يعطى نفسه فرصه للهروب من الاختناق قبل فقد الوعى، وقد يفعل هذا مع شريك او منفرد وقد يحدث الموت لخطأ فى خنق النفس ، وتسجل البيانات فى أمريكا وانجلترا واستراليا وكندا أنه يوجد (١-٢)من مثل هذه الوفيات تحدث فى كل مليون مواطن تحدث كل عام .

وبعض الرجال ذوى المازوخية الجنسية يكون لديهم اضطراب التوثين او

---

(١) أخذ اسمها (ليوبولد مازرخ) (Leopold Masoch) الروائى الاسترالى الذى عاش فى القرن التاسع عشر وتميزت شخصيات رواياته بالحصول على المتعة الجنسية من خلال الإيذاء الواقع عليهن .

السادية الجنسية مصاحبا .

بداية الاضطراب ومساره :

قد تبدأ الخيالات المازوخية من الطفوله ولكن بداية الممارسة متفاوته ولكنها غالبا فى بداية الرشد ، ومسار الاضطراب عادة مزمن وقد تتزايد شدة إيذاء الشخص لنفسه بمرور الوقت او فى فترات الضغوط النفسية والاجتماعية وقد تنتج عنها وفاة .

تشخيص المازوخية الجنسية :

١- تكرار حفزات جنسية او خيالات مثيرة جنسيا من خلال إيذاء بدنى أو نفسى يقع على الشخص أو معاناه من نوع ما وظلت لمدة ستة شهور .

٢- والشخص يمارس هذه الحفزات أو يعانى من جرائها .

التشخيص الفارق :

١- شريك لشخص سادى فى ممارسة جنسية .

٢- الانتحار : كقتل للنفس دون مازوخية جنسية .

٣- الشخصية المشوهه للذات كسمة من سماتها تختلف فى أنها تحتاج للإهانة ولكنها ليست مرتبطة بالإثارة الجنسية .

السادية الجنسية

Sexual Sadism

يميز هذا الاضطراب حفزات متكررة أو خيالات من انزال الإيذاء البدنى أو

النفسى بشخص الشريك فى العملية الجنسية، وذلك للحصول على الإثارة الجنسية لمدة لا تقل عن ستة شهور ويمارس الشخص هذه الحفزات او تسبب له ازعاج.

وبعض المصابين بهذا الاضطراب يتضايقون من خيالاتهم السادية التى قد تظهر أثناء الممارسة الجنسية رغم أنهم لا يمارسونها وهذه الخيالات السادية تشمل السيطرة الكاملة على الضحية ، وآخرون يمارسون ساديتهم مع شريك مازوخى يوافقهم(بل ويستمتع من الايذاء)، والافعال السادية (أو الخيالات) قد تشمل اكراه الضحية على الركوعأاو تغطيه وجههأاو ضربه (أى الضحية) أو حرقه او صعقه بالكهرباء أو .اغتصابه أو خنقه أو تشويهه أو قتله.

وأطلق على هذا الاضطراب إسم السادية نسبة الى (الماركيزدى ساد) المؤلف الفرنسى فى القرن الثامن عشر والذى تم حبسه عدة مرات لأفعاله العنيفة خلال ممارسة الجنس مع النساء.. يفسرهذا الاضطراب تحليليا بأنه دفاع ضد خوف الخصاء.

بداية الاضطراب ومساره:

توجد الخيالات من الطفوله ولكن ممارسة الأنشطة من بداية الرشد والمسار عادة مزمن فى أشكاله الشديدة وبعضهم قد لا تزداد افعالهم السادية ولكن البعض الآخر تزداد بمرور الوقت ، وعندما يرتبط الاضطراب بالشخصية المضادة للمجتمع فإنه قد يصبح خطرا ويقتل ضحيته.

التشخيص الفارق:

١- **الاغتصاب أو العدوان الجنسى** : قد يصاحب السادية ولكن فى حالات الاغتصاب فقط يكون الألم الجنسى المشاهد فى الضحية لا يثيره جنسيا بل

قد يفقد رغبته الجنسية عند ملاحظة تألم الضحية وأشارت الدراسات أن أقل من (١٠٪) من المغتصبين يكون لديهم سادية جنسية ،وبعض المغتصبين يبدو أنهم يثارون جنسيا بواسطة اكراه شخص غير موافق على الاندماج فى ممارسة جنسية ، ويكون قادرا على المحافظة على الإثارة الجنسية حتى مع تألم الضحية ولكنه يختلف عن الشخص السادى جنسيا فى انه لا يجد الاثارة الجنسية فى معاناة الضحية.

٢- **الافعال السادية** : وهى الافعال التى ترتكب فى غياب الإثارة الجنسية فى الجرائم المختلفة وفى تعذيب المساجين ولدى الاشخاص ذوى السمات السادية.

اضطراب التوثين المتحول الزى

Transvestic Fetishism

ويتميز هذا الاضطراب بارتداء فعلى لملابس الجنس الآخر او تخيل ذلك للحصول على إثارة جنسية وكمساعدة فى عملية الاستمناء او الجماع الجنسى واستمرت ممارسة هذا الشذوذ سته شهور او سبب له ازعاجا . . وعادة يحتفظ الشخص بمجموعة من ملابس الجنس الآخر(الإناث) ويرتديها عندما يكون وحيدا ويتخيل ذكورا آخرين جذابين له كأنثى فى الملابس الأنثوية التى يرتديها .

يوصف عادة هذا الاضطراب فى الذكور فقط ويبدأ الاضطراب عادة فى الطفولة او بداية المراهقة ، وبمرور السنوات بعضهم يرغب فى ارتداء ملابس النساء طول الوقت وإلى الأبد وبعضهم يرتدى قطعة واحدة داخلية ، وبعضهم يرتدى أكثر من قطعة وقد يضع ماكياج ويرتدى ملابس نساء كاملة ، وهؤلاء الذكور عادة يفضلون الجنس المقابل إلا أن خبراتهم الجنسية مع النساء نادرة ، وأحيانا ينخرطون فى علاقات جنسية مثلية وقد يصاحبها أحيانا مازوخية .

بداية الاضطراب ومساره :

يبدأ اضطراب التوثين متحول الزى من الطفولة أو بداية المراهقة وإن كان الظهور بالملابس المغايرة فى مكان عام لا يتم إلا عند الرشد ، وعادة يبدأ جزئيا وينتهى كليا والجزء المفضل من الملابس قد يصبح مُشَبَّق فى ذاته وقد يستخدم كعادة أول الأمر فى الاستمناء وأخيرا فى الممارسة الجنسية ، وأحيانا تختفى لدى بعض المضطربين الاثارة الجنسية المرتبطة باللبس ولكن يستمر الجنس كمضاد للقلق ، فى هذه الحالة بغير التشخيص إلى اضطراب الهوية الجنسية (Gender Identity Disorder).

التشخيص :

١- حفزات جنسية شديدة وخيالات مثيرة جنسيا مترددة لدى ذكر يفضل الجنس الآخر حول ارتداء ملابس الإناث لمدة ستة شهور.

٢- يمارس الشخص هذه الحفزات أو ينزعج منها بشدة.

٣- لا يتفق مع مواصفات اضطراب الهوية الجنسية .

التشخيص الفارق :

١- **اضطراب الهوية الجنسية** : حيث يرتدى ملابس الجنس الآخر لتخفيف التوتر ويتم ذلك دون اثارة جنسية .

٢- **اضطراب عدم قبول الجنس** : احساس دائم بعدم مناسبة جنسه له ورغبة مستمرة فى تغييره والانشغال بذلك.

٣- **الجنسية المثلية** : أحيانا يرتدى لباسا مغايرا لجذب ذكر آخر اليه ولكن هذا الارتداء لا يسبب له اثارة جنسية.

اضطراب التبصص
Voyeurism

يتميز اضطرابَ التبصص بحفزات جنسية شديدة ومتكررة او خيالات جنسية مثيرة مرتبطة بملاحظة آخرين يمارسون الجنس او عراه ، ويهدف هذا التبصص للحصول على إثارة جنسية ولا يبحث عن نشاط جنسى ، وتحدث الذروة الجنسَية عادة من خلال العادة السرية أثناء التبصص او بعد ذلك من خلال تذكر ما شاهده مسبقا، ويبدأ هذا الاضطراب قبل سن الخامسة عشرة ثم يصبح مزمنا بعد ذلك.

التشخيص :

١- تكرار حفزات جنسية شديدة وخيالات مثيرة جنسيا تشتمل على ملاحظة شخص غريب عاريا أو خلال ممارسته لنشاط جنسى واستمر ذلك لمدة ستة شهور.

٢- وهذه الحفزات يمارسها الشخص أو ينزعج منها بشدة .

التشخيص الفارق :

١- **النشاط الجنسى المعتاد** : غالبا يتضمن اثارة جنسية من ملاحظة الشريك عاريا او أثناء خلع ملابسه الا أنه يكون ليس غريبا عنه بل ومندمجا معه فى الممارسة.

٢- **مشاهدة افلام جنسية** : فهى معدة لذلك لاحداث اثارة .

الشذوذات الجنسية غير المصنفة فى مكان آخر

Paraphilias Not Otherwise Specified

وهى مجموعة تتضمن الشذوذات الجنسية التى لا تتفق مع مواصفات أى من المجموعات المحددة السابقة **ومن أمثلة هذه المجموعة :**

١-الإثارة الجنسية (الدعارة من خلال التليفون (Telephone Scatologia)

٢- شذوذ اشتهاء الموتى (Necrophilia)

٣- شذوذ الولع بجزء من الجسم (Partialism)

٤- شذوذ الولع بالحيوانات (Zoophilia)

٥- شذوذ الولع بالبراز (Coprophilia)

٦- شذوذ الولع بالبول (Urophilia)

٧- شذوذ الولع بالحقن الشرجية (Klismaphilia-enemas)

التنبؤ بمآل الشذوذ الجنسى :

يرتبط سوء المآل فى حالات الشذوذ الجنسى بالبداية فى سن مبكرة وكثرة ممارسة الفعل الشاذ ، وعدم الشعور بالذنب او الخجل فى ممارسة هذا الشذوذ والإدمان المصاحب . . ولكن يكون المآل حسنا فى حالات وجود تاريخ لجماع جنسى طبيعى بالاضافة للشذوذ وجود دافع قوى للتغير وعندما يشعر الشخص بالمشكلة ويحضر نفسه للعلاج وليس باكراه من سلطه .

علاج الشذوذ الجنسى :

أهم المداخل العلاجية هو العلاج النفسى التبصيرى حيث يفهم دينامياته

النفسية والأحداث التى تسبب عنها الشذوذ ، وخاصة أحداثه اليومية التى تحرك حفزاته الجنسية الشاذة(مثل بعد رفض واقعى او متخيل) ويعيد العلاج النفسى للمريض ثقته بنفسه ويساعده على تحسين مهاراته الاجتماعية، وأن يجد الطرق المثلى للإشباع الجنسى.

العلاج السلوكى يستخدم كثيرا فى علاج الشذوذات الجنسية لإزالة النمط الشاذ المتعلم من السلوك(مثل الصدمات الكهربائية او الروائح الكريهه) يتم دمجها مع الحفزة التى سوف تتناقص .

أما العلاج الدوائى فيقتصر على الحالات التى يشخص فيها فصام او اكتئاب فيعطى العقار المناسب. . وهناك عقار من البروجستيرون يسمى (Medroxyprogestrone) يستخدم بفعالية فى بعض الدول لحالات زيادة الرغبة الجنسية التى لا يمكن للشخص السيطرة عليها، (كما فى حالات اسراف العادة السرية او الميول الاغتصابية الشديدة).

علاج الاضطرابات الجنسية

يخطط العلاج طبقا لنوعية الاضطراب المشخص وقد يكون العلاج النفسى فرديا يركز على اكتشاف الصراعات النفسية اللاشعورية والدوافع النفسية للاضطراب وما يرتبط بها من خيالات او صعوبات مع الآخرين والتعامل مع هذه الديناميات . . وهناك العلاج السلوكى الذى يتوجه للاضطراب حسب نوعه بهدف تعديل السلوك الجنسى والعلاج الجماعى لتهيئة جو جماعى لمساندة المضطرب نفسيا ومساعدته على إزالة معاناته والعلاج البيولوجى مثل استخدام عقار الثيوريدازين فى حالات سرعة القذف أو مضادات الاكتئاب فى حالات الخوف المرتبط بالجنس ، واستخدام الهرمونات الجنسية فى بعض الحالات والعلاج الزواجى والأسرى.

اضطرابات جنسية أخرى غير مصنفة

وهذه المجموعة غير مصنفة ضمن الشذوذات الجنسية أو الوظيفية الجنسية ومن أهمها ما يلى :

١-**كرب ما بعد الجماع** : (Post coital dysphoria) حيث يصبح الشخص بعد خبرة جنسية مشبعه مكتئب ومتوتر ومشدود سريع الاستثارة ينسحب من شريكه الجنسى وقد يؤذيه بالضرب او بالالفاظ. . وهذا الاضطراب أكثر شيوعا لدى الرجال ويرجع لموقف الشخص من الجنس بوجه عام وهو أكثر حدوثا فى الممارسات الداعرة وأحيانا يكون الخوف من مرض جنسى مثل الإيدز هو السبب والعلاج نفسى فى مثل هذه الحالات.

٢- **مشاكل جنسية متعلقة بصورة الجسم** : فالشخص الذى يشعر تجاه جسده بعدم مناسبته لمقاييس الرجولة او الأنوثة قد يحدث له اضطراب جنسى فقد يصر على ممارسة الجنس فى الظلام الدامس ولا يسمح بلمس أجزاء معينة من جسمه او برؤيتها .

٣- **الدانجوانية** : (Don-Juanism)بعض الرجال يبدون كمفرطى جنس حيث يحتاجون الممارسة الجنسية المتكررة ولكن هذا يخفى مشاعر عميقة من الشعور بالنقص وبعضهم لديه ميول جنسية مثلية لا شعورية فيتم إنكارها باتصالات جنسية قهرية متعددة مع النساء وأغلب الدنجوانيين يفقدون اهتمامهم بالمرأة بعد الجماع .

٤- **الغلمة النسوية (السودة)** : (Nymphomania) ويشير الى وجود رغبة جنسية مرضية للجماع لدى الأنثى وأغلبهن يعانين من اضطرابات جنسية خاصة فقد الذروة الجنسية كما يوجد لديهن خوف شديد من فقد الحب والمرأة فى هذه الحالة تحاول أن ترضى (تشبع)اعتماديتها أكثر من محاولتها اشباع نزعتها الجنسية.

٥- **اضطراب التوجه الجنسى** (Sexual orientaion disorder) : هذا الاضطراب يعرف بالجنسية المثلية غير المتوافقة مع الذات (Ego-dystonic homosexuality) ويميزه رغبة الشخص فى أن يكتسب الإثارة من خلال علاقة طبيعية مع الجنس الآخر ومعاناته من جنوسيته(أى ميوله الجنسية المثلية) المتغلبة عليه والتى يرفضها داخليا ولا يستريح إليها . .وقد تنعدم ميوله تجاه الجنس الآخر حيث لا يحرك الجنس الآخر شيئا من غريزته الجنسية او يحركها بدرجة ضغيفة وأحيانا يتجنب العلاقة مع النساء خوفا من عدم تجاوبه وفشله وقد تنجح علاقته بالجنس الآخر ولكن لا تدوم. . ويكون لدى الشخص رغبة فى الزواج وإنجاب الأطفال وبناء الأسرة ، وبرغم استمرار هؤلاء الاشخاص فى ممارستهم الجنسية المثلية إلا أنهم سرعان ما يفقدون استمتاعهم بها بسبب المشاعر السلبيه تجاه هذا التوجه الجنسى غيرالطبيعى.

ويصاحب هذا الاضطراب خاصة فى مجتمعنا العربى بصفة عامة والمصرى بصفة خاصة اعراض الخجل والشعور بالذنب والعزلة الاجتماعية والاكتئاب والقلق.

أسباب الجنسية المثلية :

اعتبر فرويد الجنسية المثلية توقف فى النمو النفسى الجنسى عند مرحلة حب نفس الجنس (ما يشبه الذات) وعدم الانتقال الى حب الآخر فالانسان ينتقل من نرجسية حب الذات الى حب الشبيه ثم ينتقل الى الميول الجنسية المغايرة ، وتضيف النظرية التحليلية أن الظروف النفسية المبكرة فى الطفولة هى التى تسبب السلوك الجنسى المثلى ، وأهمها الارتباط الشديد بالأم والتوحد بها وغياب دور الأب الفعال فى حياة الطفل وعدم تشجيع الأم للدور الرجولى لدى الولد (أو الدور الأنثوى لدى البنت)، أو النكوص إلى مراحل مبكرة من النمو

النرجسى كما أن استمرار حسد القضيب لدى الأنثى يجعلها مثلية الميول بعد البلوغ.

وهناك دراسات بيولوجية تشير إلى نقص معدل الهرمونات الجنسية الذكرية فى الدم لدى الجنوسيين من الرجال. . كما أن دراسات التوائم كشفت عن زيادة معدل تطابق الجنسية المثلية بين التوائم المتماثلة عنها بين التوائم غير المتماثلة، مما يشير إلى تهيئة جينية غير معروفة ولكن دراسات الجينات الوراثية لدى كل من الجنوسيين والأسوياء لم تكشف عن اختلاف بينهما .

بداية الاضطراب ومساره :

تبدأ الجنسية المثلية فى سن المراهقة وكثيرون منهم بدأت خبراته المبكرة قبل البلوغ وقد يقبلون أنفسهم كجنوسيين او ينتقلون للعلاقة مع الجنس الآخر، التى قد تصبح مشبعه ولقد لوحظ تناقص كبير على مستوى العالم فى ممارسة الجنوسية بعد انتشار مرض الإدز بين الجنوسيين أكثر من غيرهم ، حيث تعد الممارسة الجنوسية احدى طرق انتقاله.

علاج الجنسية المثلية (اضطراب التوجه الجنسى)

هناك العلاج التحليلى النفسى الذى يفيد فى تغير التوجه الجنسى داخليا وتحقيق نضج النمو النفسى الجنسى الذى يكون سببا فى الاضطراب وإعادة ترتيب البناء النفسى بما يدعم الميول الجنسية الغيرية ولكن يلزم له الوقت الكافى وهناك العلاج السلوكى الذى ينمى تشريطا تجنبيا للجنسية المثلية ويعيبه أن التغير قد يكون سطحيا فقط وقد يحدث تجنبا لكل الإثارات الجنسية مثلية وغيريه .

اضطراب الهوية الجنسية

Gender Identity Disorder

ويتميز بتوحد قوى وثابت مع أفراد الجنس الآخرليس بسبب ما قد يتمتع به أفراد الجنس الآخر من ميزات فى بعض الثقافات ، **وفى الأطفال يظهر الاضطراب فى أربعة أو أكثر مما يلى:**

١- رغبة ملحة أن يكون واحدا من أفراد الجنس الاخر.

٢- تفضيل ارتداء ملابس الجنس الاخر.

٣- تفضيل لعب الدور الجنسى لأفراد الجنس الاخر.

٤- رغبة ملحة فى المشاركة فى رياضات خاصة بالجنس الاخر.

٥- تفضيل رفاق اللعب من أفراد الجنس الاخر.

أما فى المراهقين والراشدين فإنهم يؤكدون رغبتهم أن يكونوا من أفراد الجنس الآخر وأن يعامل طبقا لتلك الرغبة أو أن يعيش مشاعر نموذجية للجنس الآخر تنعكس على تفاعلاته وتصرفاته .مع عدم الشعور بالراحة لاستمراره كفرد من نفس جنسه ، وليس ذلك بسبب مرض جسمانى أو عيب خلقى فى الجهاز التناسلى ، وينتج عن ذلك كربا للشخص أو خللا فى أدائه الوظيفى أو الاجتماعى.

ويحدد ما إذا كان :

- جاذبا جنسيا للذكور.
- جاذبا جنسيا للإناث.
- غير جذاب جنسيا لأى منهم .

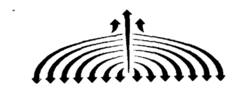
اضطراب الهوية الجنسية غير المحدد فى مكان آخر

ومن أمثلتها:

١- الحالات بين الجنسين (الخنوثه) مثل لزمة فقد الحساسية للأندروجينات أو زيادة النشاط الخلقى للغدة الكظرية (androgen insensitivity syndrome or congentital adrenal hyperplasia) وما يصاحبه من اضطراب المزاج.

٢- ارتداء ملابس الجنس الآخر استجابة لظروف ضاغطة عابرة.

٣- الانشغال الثابت بالخصاء أو استئصال القضيب دون رغبة أن يكون فردا من الجنس الآخر.



الفصل الثامن

اضطرابات الأكل

Eating Disorders

وتتميز هذه المجموعة باضطرابات بارزة فى سلوك الأكل وتشمل الاضطرابات الآتية:

١- القهم العصابى .

٢- الشره العصابى.

٣- اضطراب الاكل غير المحدد فى مكان آخر.

القهم العصابى

Anorexia Nervosa

وهى لزمة مرضية نفسية يميزها الخوف الشديد من السمنة واضطراب صورة الجسم (Body Image)، ونقص الوزن الملحوظ ، ورفض المحافظة على وزن الجسم فى حدود الطبيعى(ولو فى حده الأدنى)، وانقطاع الحيض (الدورة الشهرية)، وذلك دون أى سبب عضوى . . ولقد عالج (إبن سينا)أميرا مراهقا كان مصابا بهذا الاضطراب منذ ما يقرب من ألف عام ، وفى عام(١٦٨٩م)(وصف ريتشرد مورتون (Richard Morton) مريضين بنفس الاعراض وأطلق على هذه الحالة اسم السل العصبى ، تمييزا لها من السل الذى يعرف حاليا باسم الدرن ، وفى عام(١٨٧٣م)كتب لاسيج (Lasegue) دراسة نفسية موسعة عن مرضى لديهم فقد الشهية ورفض الطعام ونقص الوزن وانقطاع الحيض وسوء الحالة الغذائية للشخص وفرط الحركة واضطراب العلاقات الاجتماعية ، وأُطلق على هذا الاضطراب هستيريا قهمية (Anorexic hysterique)أما من اطلق على هذا الاضطراب القهم العصابى (Anorexia Nervosa)فكان السير ويليام جل (William Gull) عام(١٨٧٤)م .

الصورة الاكلينيكية:

يرفض المريض المحافظة على وزن جسمه فى حده الأدنى الطبيعى المناسب للسن والطول، مع الخوف الشديد من زيادة الوزن او السمنة ، وتشوه صورة الجسم ، وانقطاع الحيض(لدى الإناث) ، يذكر الدليل الاحصائى التشخيصى الرابع أن تسمية القهم خاطئة حيث أن فقد الشهية نادر فى هذا الاضطراب.

يظهر اضطراب صورة الجسم فى الطريقة التى يخبر بها الشخص وزنه أو حجمه أو شكله، ويشكو المصابون بهذا الاضطراب من بدانة عامة أو فى أجزاء معينة من أجسامهم، بينما هم ناقصوا الوزن بوضوح تام أو فى حالة هزال، وهم منشغلون بحجم أجسادهم وعادة غير راضين عن بعض ملامح تكوينهم الجسمانى.

أما فقد الوزن فعادة يرجع الى أنقاص كمية الطعام المتناولة ، مع مجهود كبير يبذله الشخص ، وكثيرا ما يقىء الشخص نفسه أو يستخدم مدرات البول أو العقاقير المسهلة (فى مثل هذه الحالات الشره العصابى قد يوجد أيضا).

ولا يأتى الشخص للطبيب الاعندما يصبح فقد الوزن ملحوظا أو يفشل فى اكتساب الوزن المتوقع ، وتلاحظ عندئذ علامات أخرى مثل انخفاض درجة حرارة الجسم وبطء ضربات القلب وانخفاض ضغط الدم ، والوذم (Edema)وظهور زغب(شعر رقيق باهت اللون يشبه مايغطى صغار الطيور)على الجلد ، مع تغيرات أيضية مختلفة ..وفى أغلب المصابات من النساء ينقطع الحيض بعد ملاحظة نقص الوزن .

الاعراض المصاحبة:

بعض المصابين بهذا الاضطراب يكون لديهم نوبات من الشره المرضى ، حيث يندفع فى تناول كميات كبيرة من الطعام ثم يقىء بعدها ، كما أن أغلبهم يفضلون الأطعمة منخفضة السعرات الحرارية ، ويخفون بقايا وجباتهم ..وكثيرا ما

ينكرون أو يقللون من شدة اضطرابهم ، ويبدون غير مهتمين أو يقاومون العلاج ، ويتأخر بلوغ عديد من المراهقين ، كما تقل الرغبة الجنسية لدى الراشدين ، وأحيانا يوجد سلوك قهرى (مثل غسل اليدين) خلال اضطراب القهم العصابى بما يسمح باضافة تشخيص الوسواس القهرى .

البداية والمسار:

عادة يبدا اضطراب القهم العصابى فى بداية المراهقة او آخرها ، ولكنه قد يبدأ من قبل البلوغ الى بداية الثلاثينيات .. وقد يستمر الاضطراب ويشتد حتى يقضى المصاب به نحبه ، أو يكون نوابيا ، ولكن المسار الأكثر شيوعا هو نوبة واحدة يكسب بعدها الشخص وزنه الطبيعى .

الاعاقة والمضاعفات:

ينشأ عن فقد الوزن الشديد الوهن والضعف الذى يستلزم ادخال المريض المستشفى لمنع الموت جوعا ، وأحيانا يدرك الهلاك المريض ، حيث تشير متابعة الحالات الى أن معدل الوفيات يتراوح بين (٥٪)و(١٨٪).

التشخيص:

يشخص اضطراب القهم العصابى عندما تتوفر الملامح الاكلينيكية الآتية :

أ- رفض المحافظة على وزن الجسم فى حده الأدنى الطبيعى المناسب للسن والطول (مثل فقد الوزن بنسبة ١٥٪ أقل من المتوقع)أو الفشل فى الوصول الى الوزن المتوقع خلال فترة النمو الذى يؤدى الى نقص الوزن بنسبة (١٥٪) عن المتوقع .

ب- الخوف الشديد من اكتساب الوزن ، أو أن يصبح الشخص بدينا بينما هو ناقص الوزن .

جـ- يخبرالشخص حجمه أو شكله بصورة مضطربة ، حيث يشعر بالسمنة حتى عندما يكون هزيلا ، ويعتقد أن منطقة فى جسمه بدينة جدا .

د- فى الإناث يلاحظ غياب الحيض ثلاث مرات متتالية عندما يتوفر حدوثه (سواء كان هذا الانقطاع للحيض أوليا أو ثانويا).

يحدد إذا كان:

١- النوع المقيد لرغبته فى تناول الطعام أو الذى يفرغ معدته بالقئ بعد تناول كمية كبيرة من الطعام.

٢- النوع الذى ينخرط فى صخب الأكل ثم يقئ نفسه أو يستخدم مسهلات.

التشخيص الفارق :

يلزم تمييز اضطراب القهم العصابى من الاضطرابات الاتية :

١- اضطرابات الاكتئاب واضطرابات جسمانية معينة : يمكن أن يحدث فقد الوزن ولكن لايوجد اضطراب فى صورة الجسم أو خوف شديد من السمنة .

٢- الفصام: قد يوجد فيه أنماط غريبة من الأكل ، إلا أن اللزمة الكاملة لاضطراب القهم العصابى نادرا ما توجد مصاحبة ، عندئذ يشخصان معا .

٣- الشره العصابى :قد يرتبط التشخيصان معا .

انتشار القهم العصابى :

يكثر انتشار القهم العصابى بين المراهقات اللاتى تتراوح أعمارهن بين الثانية عشرة والثامنة عشرة ، حيث يبلغ معدل الانتشار (١٪) من هذه المجموعة العمرية ،ونسبة الذكور إلى الإناث فى الانتشار(١-٧)، ويغلب انتشاره فى الطبقات الاجتماعية الراقية ، ويكثر بين الأخوات الإناث المصابات بهذا الاضطراب عنه بين عامة الناس ، ولقد قررت دراسات عديدة أن الانتشار يزداد مع الاكتئاب والاضطراب ثنائى القطبية ، وبين أقارب الدرجة الأولى للمصابين بالقهم العصابى .

أسباب القهم العصابى(اضطرابات الأكل) :

يرجع الدارسون اضطرابات الأكل الى عدد من النظريات التى تفسر حدوثها وهى :

١- **نظريات نفسية دينامية** : يفترض أغلب المؤلفين أن اضطرابات الأكل تنشأ عن عوامل نفسية دينامية ، حيث يوردون ما جاء بالنظرية الدينامية القديمة من أن القهم العصابى خوف من الحمل عن طريق الأكل ، ولكن النظريات الدينامية الحديثة تركز بدلا من ذلك على الشذوذات الدينامية داخل الأسرة ، وترى أن أسر مرضى القهم العصابى تتميز علاقاتها بالتداخل الشديد بين الأعضاء، أو السيطرة المفرطة من قبل الأسرة التى تمنع الطفل من أن يكون متسقا مع احتياجاته الجسمانية ، فإكراه الطفل على الطعام دون مراعاة لحاجاته الجسمانية يهيىء لاضطرابات القهم العصابى ، كما تتسم هذه الأسر أيضا بالحماية المفرطة لأطفالها والتصلب فى الرأى وعدم التناغم الزوجى ، ولوحظ ديناميا وجود علاقة مغوية اعتمادية (من المريضة)مع أب دافىء عاطفيا ولكنه متنحى عن دوره فى البيت ، مصاحب بشعور بالذنب على العدوان الذى تستشعره الفتاة تجاه أم متناقضة .. ولكن هذه الافتراضات تنقصها الدراسات المنضبطة منهجيا التى تؤكدها ، بل وهناك دراسة منضبطة أجراها جارفينكل (Garfinkel) ومساعدوه (عام ١٩٨٣) حيث قارن ديناميا بين عينة من أسر المصابين بالقهم العصابى وعينة من أسر الأسوياء ، ولم يجد فروقا ذات دلالة .

٢- **النظريات الاجتماعية** : ويبنى أغلبها على أن القهم العصابى قد يحدث استجابة للتأكيدات الحديثة على النحافة والرشاقة المرتبطة بها خاصة بين السيدات والفتيات ، وهذا يفسر زيادة معدل انتشار اضطرابات الأكل فى السنوات الأخيرة خاصة الأقطار الصناعية ..كما أن الضغوط النفسية الاجتماعية تعد من أكثر العوامل المهيئة لاضطرابات الأكل.

٣- **النظريات البيولوجية** : فى بداية القرن العشرين كان هناك افتراض بوجود خلل فى نشاط الغدد الصم ينتج عنه القهم العصابى ، ولكن التقدم فى الفحوص المعملية أكد عدم صحة هذا الادعاء ..وهناك نظرية بيولوجية أخرى تشير الى أن اضطرابات الأكل تعد شكلا من أشكال الصرع ، **وبنيت على الأسس التالية :**

أ- الطبيعة الذاتية النوابية لنوبات الأكل .

ب- زيادة شذوذات تخطيط الدماغ المختلفة لدى مرضى الشره العصابى .

جـ- الاستجابة الظاهرية لعديد من هؤلاء المرضى لمضادات الصرع .

إلا أن هذه الملاحظات مبنية على حالات اضطراب عصبى نفسى مع اضطرابات أكل ولا تتفق مع الدلالات التشخيصية الحديثة للشره العصابى الذى لايمكن أن يفسر على أنه أحد أنواع الصرع ، بالرغم من أن هذا الموضوع ما زال قيد البحث .

فى السنوات الأخيرة ظهر افتراض أن القهم العصابى يرتبط بطريقة ما بالاضطراب ثنائى القطبية ونوبات الاكتئاب الجسيم **وبنى هذا على أساس أن :**

أ- مرضى القهم العصابى والشره العصابى يظهرون معدل انتشار مرتفع لاضطراب الوجدان فى تاريخهم المرضى .

ب- معدل انتشار اضطراب الوجدان لدى أقاربهم من الدرجة الأولى أكثر منه لدى عامة الناس .

جـ- الشذوذات الهرمونية العصبية تشبه ما لوحظ فى اضطراب الوجدان .

هـ- مرضى الشره العصابى (دون مرضى القهم العصابى) يستجيبون جيدا للعقاقير التى تؤثر فى الوجدان .

ولاشك أن هناك علاقة بين اضطرابات الأكل واضطرابات الوجدان وقد ترجع الى أن لهما أمساس جينى مشترك.

علاج اضطراب القهم العصابى:

بعد الفحص الجسمانى تجرى بعض الاستقصاءات (المعملية خاصة فى الحالات الشديدة) وهى : صورة كاملة للدم ، وتحليل البول ، ووظائف الكبد والكلى، وتحديد الكهارل فى الدم ..ويهدف العلاج الى إعادة حالة المريض الغذائية الى الطبيعى خوفا من مضاعفات الهزال والجفاف واختلال الكهارل التى قد تسبب الوفاة .. ويتم إدخال المريض مستشفى فى الحالات الشديدة والمتوسطة ، الذى يهيىء جوا مناسبالاكتساب الوزن .

وتتألف خطة العلاج لمريض القهم العصابى من : علاج بالعقاقير وعلاج نفسى وعلاج أسرى .

١- **العلاج بالعقاقير** : لاتعطى عقاقير للمريض ما لم يكن هناك داع لذلك ، فإذا كان مكتئبا يعطى مضادات الاكتئاب مثل الأميتر بيتيلين (Amitriptyline)أو عقار الامبيبرامين (Imipramine) أو مجموعة مثبطات اعادة أخذ السيروتونين (SSRIs) ومن أمثلتها الفلوكسيتين (Fluoxetine) وسيتالوبرام (Citalopram)، وإذا وجدت ملامح اكلينكية ذهانية تعطى مضادات الذهان مثل عقار الكلور برومازين ..واحيانا يعطى المعالجون مضادات الاكتئاب دون داع لها(دون اكتئاب) أو يعطى عقار السيبروهبتادين (Cyproheptadine) الذى يعرف تجاريا باسم بريكتين (Periactin)كمهدىء وفاتح شهية .. لاتعطى عقاقير مسهلة (Laxatives) حيث أن الامساك لدى هؤلاء المرضى سوف يتحسن بعد الانتظام فى تناول الطعام .

٢- **العلاج النفسى** : فى جلسات العلاج النفسى يشجع المريض أن يعبر عن غضبه وخوفه من عدم المثالية وخوفه من الحمل او الجنس أو خوفه من فقد السيطرة ..يلاحظ أن المريض يستخدم حيلة الانكار بشدة ، ولكن الاستكشاف والمواجهه التدريجية سوف تنحى الانكار جانبا .. يتولد لدى

المعالج طرحا مقابلا (Counter Transference) حادا ، حيث أن مرضى القهم العصابى غالبا ما يفجرون مشاعر متطرفة ومتناقضة لدى المعالجين ، مثل التوحد المفرط أو الرفض أو اللامبالاة أو السيطرة المفرطة أو التورط أو عدم الصبر، ولذا فإن المعالج يلزمه أن يكون واعيا بهذه المشاعر المتطرفة ليمكنه تنفيذ خطة العلاج بصورى مناسبة.

٣- **العلاج الأسرى** : لأنه يجب أن يعى المريض والأسرة أن اضطراب القهم العصابى اضطراب فى الأسرة ككل ، ويلزم كل فرد أن يصبح واعيا بطبيعة التفاعلات مع أفراد الأسرة الآخرين ، ومدى اسهامه فى اضطراب الأسرة .

٤- **العلاج بالنوبات المحدثة كهربائيا** (E.C.T.) : خاصة عندما يوجد اكتئاب ملحوظ حيث يكون لها تأثير سريع فى إزالته وفى تحسين حالة المريض .

يلاحظ تنفيذ الآتى خلال خطة العلاج :

أ- عادة مايقىء المريض بعد الوجبات ، لذا فمن الضرورى إبعاده عن دورة المياه مدة ساعتين بعد الأكل لتجنب هذا السلوك .

ب - يوزن المريض يوميا أو أسبوعيا حسب شدة الحالة ، ويراعى قبل وزنه أن يفرغ المثانة وأن لايتناول وجبة طعام قاصدا بها زيادة الوزن ، أو يشرب كميات كبيرة من الماء ، أو يضع أشياء ثقيلة فى جيوبه أو يرتدى ملابس ثقيلة .

جـ- إذا استمر المريض فى فقد الوزن يجب على المعالج أن يناقش معه ذلك بوضوح تام ويخبره أنه مالم يكتسب زيادة فى وزنه لاتقل عن كيلوجرام ونصف أسبوعيا فإنه سوف يضطر لتغذيته بواسطة أنبوبة ، ونلاحظ أن بعض المرضى سوف يحتج ويغضب ولكنهم يبدأون فى تناول وجباتهم ، والبعض الآخر سوف يقاومون ويظلون ناقصى الوزن أو تتفاقم قلة الوزن لديهم ، فى هذه الحالات يتم البدء بالتغذية عن طريق أنبوبة فى الأنف الى المعدة ، عندئذ بعضهم سوف يتقبلها بل ويمارس بها أنشطته المعتادة ، والبعض سوف يقىء أو

يخرج الأنبوبة ، وهؤلاء يلزمهم تهدئة عقاقيرية ..وبعد أيام من بدء التغذية بالأنبوبة سوف يلاحظ زيادة الوزن ، وعندما يبدأ فى شرب السوائل وتناول الأطعمة الصلبة تنزع الانبوبة .

عادة يتحسن (٧٥٪) من مرضى القهم العصابى بالعلاج ، ولكن النسبة المتبقية (٢٥٪) يظل يتردد لهم الاضطراب ، ونسبة (١٥-٢١٪) منهم يموتون، و (٣٪) منهم ينتحرون .

الشره المرضى (العصابى) (النهام)
Bulimia Nervosa

وهو نوبات من فقد السيطرة على النفس والاندفاع القهرى فى تناول كميات كبيرة من الطعام فى فترة زمنية قصيرة.

الصورة الاكلينيكية :

يتميز اضطراب الشره المرضى بتناول كميات كبيرة من الطعام فى وقت قصير، فى صورة نوبات متكررة مع فقد السيطرة على هذا السلوك ، وبعد التهام هذه الكميات الكبيرة من الطعام يقىء المريض نفسه أو يستعمل مدرات البول أو المسهلات (العقاقير المحدثة للإسهال)، أو يضع نظام صارم للصيام أو الرجيم القاسى، أو يمارس رياضة عنيفة لمنع زيادة الوزن ، والانشغال المستمر بشكل الجسم ووزنه، ولكى يشخص هذا الاضطراب يلزم أن يكون الشخص [illegible] فى وجبتين من الطعام أسبوعيا على الأقل ولمدة ثلاثة شهور .

وصخب الأكل هذا يمكن أن يكون مرتبا ، والطعام غالبا عالى السعرات الحرارية حلو المذاق ، ومن خليط يسهل بلعه بقليل من المضغ ويتم تناول الطعام فى الخفاء أو فى غموض ، ويبحث الشخص عن طعام إضافى لاستمرار صخب الأكل ، وتنتهى حفلة الأكل بازدحام المعدة والشعور بالتعب أو النوم أو التقيؤ ، والقىء يقلل الألم الجسمانى الناتج عن انتفاخ المعدة ، وقد يستمر فى التهام الطعام بعد التقيؤ أو يتوقف . والقىء يقلل الكرب الناتج من حفلة الأكل

..وأحيانا يكون الهدف من هذا الأكل الصاخب هو إحداث القىء ، وبرغم أن حفلات الأكل هذه قد تكون سارة فان الشخص يحط من قدر نفسه ويلومها ويتبع ذلك الاكتئاب غالبا .

والمصابون بالشره " ـصابى يظهرون انشغالا شديدا بأوزانهم ، ومحاولاتهم عديدة للسيطرة على أوزانهم ونظامهم الغذائى ، وذلك بإحداث القىء أو استخدام مدرات البول او المسهلات ، وتتأرجح أوزانهم بين الزيادة والنقصان تبعا لحفلات الأكل ، وعادة يشعرون أن حياتهم مليئة بصراعات حول الأكل .

الاعراض المصاحبة:

أغلب المصابين بالنهم العصابى تكون أوزانهم فى حدود الطبيعى ، وبعضهم قد يقل عن الطبيعى ، بينما يعانى البعض من زيادة الوزن ، ويصاحب الشره العصابى بالاكتئاب أو الادمان خاصة المهدئات او مشتقات الأمفيتامين أو الكوكايين او الكحول .

بدء الاضطراب ومساره:

يبدأ الاضطراب عادة فى المراهقة او بداية الرشد، ويصبح مزمنا او متقطعا على مدار عدة سنوات ، حيث فترات من الأكل الصاخب تتبادل مع فترات من الأكل الطبيعى وأحيانا الصيام .

الاعاقة والمضاعفات:

نادرا ما يسبب الشره المرضى اعاقة ، حيث أن قلة قليلة قد يقضون يومهم فى أكل صاخب ثم يقىء بعده ومن مضاعفات القىء جروح البلعوم واختلال الكهارل والجفاف ، او جروح المرىء وأحيانا انفجار المعدة، واختلال إيقاع القلب وأحيانا الموت المفاجىء .

التشخيص:

يشخص اضطراب الشره العصابى بالآتى :

أ- نوبات متكررة من حفلات الأكل الصاخبة (التهام كميات كبيرة من الطعام فى وقت قصير)

ب- شعور بنقص السيطرة على سلوك القهم خلال حفلة الأكل .

جـ- محاولة المحافظة على الوزن بإحداث التقيؤ أو استخدام مدرات البول أو المسهلات ، أو اتباع نظام غذائى صارم أو الصوم أو أداء تمارين رياضية عنيفة .

د- أن تكون حفلات الأكل الصاخبة مرتين أسبوعيا على الأقل ولمدة ثلاثة شهور .

هـ- الانشغال الدائم بوزن وشكل الجسم .

و- الاضطراب لايحدث خلال نوبات من القهم العصابى .

التشخيص الفارق:

يلزم تمييز الشره المرضى من الآتى :

١- القهم العصابى: يوجد فقد شديد فى الوزن ، ولكن قد يوجدان معا .

٢- الفصام : قد يوجد سلوك شره فى تناول الطعام ولكن نادرا ما توجد صورة الشره العصابى كاملة ، واذا وجدت يشخصان معا .

٣- فى بعض الامراض العصبية توجد أعراض مشابهة مثلما يوجد فى بعض أنواع الصرع (Epileptic equivalent)، أو أورام الجهاز العصبى ، أو لزمة تشبه كلفر بوسى (Kluver-Bucy Syndrome)، أو لزمة كلين لفين (Klein-Levin)

٤- اضطراب الشخصية الحدية :حيث يكون الأكل الصاخب أحد ملامحها لدى الإناث ، واذا وجدت مواصفات الشره العصابى يشخصان معا .

انتشار الشرة العصابى:

تشير بعض الدراسات الى أن معدل الانتشار لدى الإناث يصل الى (٤ر٥٪)، ولدى الذكور (٤٪)، ولوحظ أن آباء المصابين بهذا الاضطراب يغلب عليهم البدانة، كما لوحظ أن نوبات الاكتئاب الجسيم تكثر بين أقارب الدرجة الأولى للمصابين بالشره العصابى .

أسباب اضطراب الشرة العصابى:

سبق تفصيلها ضمن أسباب القهم العصابى.

علاج الشره العصابى:

يتم علاج مرضى الشره العصابى نفسيا ويلزم وقت طويل للحصول على نتائج طيبة، مع تعديل السلوك (Behaviour Modification) عن طريق التدعيم الموجب لسلوك الأكل السوى وإطفاء السلوك الشره .

اضطرابات الأكل غير المحددة فى مكان آخر

Eating Disorder Not Otherwise Specified

وتشمل الاضطرابات غير المحددة سابقا ومن أمثلتها:

١- مواصفات القهم العصابى لدى أنثى عدا أنها منتظمة الدورة الشهرية.

٢-كل مواصفات القهم العصابى باستثناء أن الوزن فى حدود الطبيعى.

٣- مواصفات الشره المرضى (التهام) باستثناء أن تكرار التهام الأكل بكميات كبيرة على فترات متباعدة.

٤- الانتظام على السلوك التعويضى لشخص وزنه فى حدود طبيعى بعد تناول كميات قليلة من الطعام (يقيئ نفسه).

٥- تكرار مضغ كميات كبيرة من الطعام وعدم بلعها بل بصقها.

٦- نوبات متكررة من صخب الأكل بكميات كبيرة دون سلوكيات تعويضية مناسبة.

الفصل التاسع

مقدمة :

١- رجل فى الخامسة والثلاثين من عمره يعمل ممرضا جاء يشكو من انه لم يعد قادرا على العمل بعد أن أصبحت نوبات مفاجئة من النوم تباغته لا إراديا أثناء العمل ، وسبق أن حدثت له بسببها عدة حوادث أثناء قيادة سيارته مما جعله يمتنع عن قيادتها ويصاحب هذه النوبات ارتخاء شديد فى عضلات جسمه يشبه الشلل، ولم يكشف الفحص النفسى او الجسدى عن علامات أخرى .

٢- رجل فى الثانية والستين من عمره متزوج ولديه أولاد أحيل الى المعاش يعانى من صعوبة الدخول فى النوم منذ شهر، دون أعراض أخرى جسدية او نفسيه مع أنه قد ينام أثناء مشاهدته للتليفزيون .

٣- رجل فى الثانية والخمسين من عمره كان قد وصل الى مصر قادما من أمريكا فى اليوم السابق لموعد عمل بيننا ولكنه اعتذر عن التوعد لأنه لم ينم فى الليلة الماضية لاختلاف التوقيت اليومى بين البلدين.

٤- سيدة فى السادسة والعشرين من عمرها تشكو أن زوجها قد ضاق بسيرها أثناء نومها ، حيث تتجول داخل الشقة دون هدف او تتجه للباب محاولة فتحه ثم تعود لفراشها ويجد صعوبة فى إيقاظها أثناء ذلك ، وعندما يذكرها بما حدث فى الصباح لا تذكر شيئا .

هذه الأمثلة لحالات إكلينيكية سوف نعرض لها فى هذا الفصل. هل يمكنك بعد إعادة قراءتها أن تضع أهدافا تعليمية ؟ ما هى هذه الأهداف ؟

اضطرابات النوم

تعد اضطرابات النوم من أكثر الاضرابات النفسية انتشارا حيث يقدر من عانوا من الأرق ووصل الأمر بهم للبحث عن علاج فى عام واحد (٣٠٪) من جموع المواطنين فى أمريكا، وهذا الفصل لا يصف مجرد اضطراب النوم العابر ولكنه يصف اضطرابات النوم المزمنة (التى تزيد مدتها عن شهر) لأن الاضطراب العابر للنوم قد يكون جزءاً من الحياة اليومية المعتادة ، او متسببا عن ضغط نفسى اجتماعى وسوف لا يشخص ضمن هذه المجموعة .

واضطرابات النوم شائعة ضمن اعراض الامراض النفسية او الجسمانية مثل الاكتئاب او الامراض الجسدية المصحوبة بآلام او احساس بعدم الراحة او بسبب تعاطى عقاقير معينة ، وعندما يرتبط اضطراب النوم بمرض نفسى آخر او جسدى فإنه يشخص كاضطراب نوم اذا كان عرضا بارزا .

ويقسم اضطراب النوم الى مجموعتين رئيسيتين :

أولاً : اضطرابات النوم (Dyssomnias) من حيث كمية النوم وكيفيته وتوقيته.

ثانيا : اضطرابات المخلات بالنوم (Parasomnias) حيث تقع أحداث بارزة غير طبيعية تخل بالنوم.

أولا : اضطرابات النوم
Dyssomnias

- وتتميز باضطراب كمية النوم أو كيفية النوم أو وقت النوم (ايقاعه)

وتشمل ثلاث مجموعات :

١- اضطراب الأرق.

٢- اضطرابات فرط النوم .

٣- اضطراب إيقاع اليقظة والنوم .

اضطرابات الأرق
Insomnias

وتتميز بشكوى بارزة فى صعوبة بدء النوم او المحافظة عليه او الشعور بعدم الراحة بعد النوم الذى يبدو كافيا فى كميته ، ويحدث على الأقل ثلاث مرات كل أسبوع لمدة شهر ، وشدته تكفى لينتج عنها شكوى من الاجهاد خلال ساعات النهار او ملاحظة الآخرين لبعض اعراض الإضطراب مثل سرعة الاستثارة او اختلال الأداء الوظيفى خلال ساعات النهار ، ولا يشخص الاضطراب اذا كان الأرق فقط خلال مسار اضطراب إيقاع النوم واليقظة أو ناشئا عن اضطراب الأحداث المخلة بالنوم.

أنواع الأرق :

١- أرق يعزى الى اضطراب نفسى آخر.

٢-أرق يعزى الى سبب عضوى معروف.

٣- أرق أولى.

وهناك تفاوت كبير فى الوقت الطبيعى الذى يستغرقه أى شخص للدخول فى النوم كما أن هناك تفاوتا فى كمية النوم الطبيعية اللازمة لأى شخص ليشعر بالراحة والتيقظ ، ولكن غالبية الناس يبدأون النوم خلال ثلاثين دقيقة من تهيئة الجو المناسب للنوم والاستلقاء فى الفراش ويظل النوم عادة من أربع الى عشر ساعات .

ويصاحب اضطراب الأرق شكاوى متعددة وغير محدودة من بينها اضطراب الوجدان والذاكرة والتركيز.

بداية الاضطراب ومساره :

يبدأ اضطراب الأرق عند أى سن ولكن يصبح متزايدا مع تقدم العمر وهذا يصدق أكثر على الأرق الذى يرجع الى سبب عضوى، ومسار الأرق الذى يعزى الى اضطراب نفسى آخر يتبع مسارا يعتمد على الحالة أما الأرق الأولى فمساره متفاوت ، فقد يكون قصيرا (برغم أن التعريف يحدد المدة على الأقل شهر) خاصة اذا كان السبب ظروف ضاغطة نفسية او اجتماعية او يظل عدة سنوات .

الإعاقة والمضاعفات :

فى حالات نادرة من الأرق قد لايوجد إعاقة ظاهرة فى الوظيفة والعلاقات الاجتماعية ولكن فى العادة يحدث الأرق بعض الإعاقة ونادرا أيضا ما يضطرب أداء الشخص لوظيفته وعلاقاته الاجتماعية. . وأهم المضاعفات هو الادمان الناتج من تعاطى حبوب مهدئه او كحول للدخول فى النوم.

التشخيص الفارق :

الأرق عرض شائع لعديد من الاضطرابات العقلية والجسمانية ولكن يوضع الأرق كتشخيص إضافى فقط عندما يكون اضطراب النوم شكوى بارزة :

١- اضطراب إيقاع النوم واليقظة : الأرق فى هذه الحالة يختفى إذا سمح للشخص أن ينام طبقا لنمط نومه و يقظته.

٢- اضطراب زيادة النوم : قد يوجد الأرق ولكن الشكاوى السائدة هى كثرة النوم كما فى حالة النوم الانتيابى فإن الشخص أساسا يعانى كثرة النوم أثناء النهار برغم شكواه من فترات أرق ليلا .

٣- بعض الناس الذين يحتاجون لنوم قليل قد يشكون من الأرق ولكن الأرق يشخص فقط إذا نقص النوم لدرجة ينتج عنه اجهاد أو خلل وظيفى أثناء فترة اليقظة .

الأرق الذى يعزى الى اضطراب نفسى آخر

ويتميز هذا النوع من الأرق بأن سببه اضطراب نفسى آخر يشخص على المحور الأول (مثل الاكتئاب او القلق) أو الثانى (مثل اضطراب الشخصية الوسواسية)، ويشخص هذا الاضطراب أيضا عندما يكون الأرق ظاهريا يرجع الى تفاعل الشخص انفعاليا تجاه مرض عضوى يهدد حياته ، مثل الاكتئاب كتفاعل لاحتشاء عضلة القلب .

أسباب الأرق الناشئ عن اضطراب نفسى او ظروف بيئية :

١- القلق (توتر او عصاب او كبداية ذهان)

٢- انقطاع النوم بالأحلام أو الكوابيس.

٣- اختلال إيقاع النوم واليقظة .

العلاج :

يكمن فى علاج الاضطراب المسئول عن حدوث الأرق .

الأرق الذى يعزى الى عامل عضوى معروف

وهو الأرق الناتج عن سبب عضوى معروف مثل مرض جسدى او تعاطى عقاقير معينة (منشطة) ولا يشخص اذا كان الأرق راجعا الى التفاعل الانفعالى المصاحب لمرض عضوى وليس راجعا للحالة المرضية العضوية نفسها .

كثير من الاضطرابات الجسمانية تحدث الأرق مثل ألم المفاصل او الذبحة الصدرية بسبب الألم الذى تحدثة ، وهذه الاضطرابات لها أعراض أثناء كل من النوم واليقظة ، ولكن هناك اضطرابات جسمانية تحدث أعراضا أثناء النوم فقط

مثل انقطاع النفس أثناء النوم (Sleep Apnea)، حيث يكون تنفس الشخص طبيعيا أثناء اليقظة ولكن خلال النوم كثيرا مٍا تحدث فترات توقف عن التنفس.

ويمكن أن يرتبط اضطراب الأرق بتعاطى العقاقير المنشطة مثل الأمفيتامين او تعاطى الاسترويدات (Steroids) أو المقفلات الأدرينالية المركزية أو موسعات الشعب الهوائية كما أن الاضطراب قد يرتبط بادمان الكحول .

الأرق الأولى

وهو الأرق الذى لا يعود لسبب آخر (نفسى او عضوى) وعادة يبذل الشخص مجهودات مضنية للدخول فى النوم فيزداد توتره ويختفى النوم مع أنه ينام عندما لا يحاول النوم مثل نومه أثناء مشاهدة التلفاز. . قد لايحدث الأرق الأولى كمضاعفات للأرق الذى له سبب نفسى آخر أو له سبب عضوى معروف ، وحينئذ يشخص بعد شهر من زوال الأرق الذى رسبه أصلا.

العلاج:

ينصح المريض المؤرق بعدم اللجوء الى الفراش إلاوقت النوم فقط واذا لم يدركه النوم خلال خمس دقائق عليه أن ينهض لعمل شئ آخر ، وقد يكون تغيير مكان النوم مفيدا وقد تستخدم أشرطة تبعث على الاسترخاء أو تمارين التصوف والتأمل او التمارين الرياضية ، كما يفيد العلاج النفسى فى فهم أسباب الأرق والعمل على حلها ، أما إعطاء عقاقير مهدئه للحصول على النوم فيحمل خطورة التعود والادمان على هذه العقاقير.

اضطرابات فرط النوم
Hypersomnia Disorders

وتتميز هذه الاضطرابات بزيادة النوم أثناء النهار او نوبات من النوم (ليس سببها نقص كمية النوم) وفى أحيان نادرة يستغرق الانتقال من النوم الى اليقظة وقتا طويلاً (ثمالة النوم) ويتكرر ذلك كل يوم تقريبا ولمدة شهر على الأقل او يحدث فى نوبات تظل فترات طويلة من الزمن وتكفى شدته لحدوث خلل وظيفى او اعاقة للانشطة الاجتماعية المعتادة او العلاقات بالآخرين ، وكثرة النوم لا تشخص اذا حدثت خلال مسار اضطراب ايقاع النوم واليقظة . . **وكثرة النوم على أنواع ثلاثة :**

١- فرط النوم بسبب مرض نفسى آخر (غير عضوى).

٢- فرط النوم بسبب عضوى معروف.

٣- فرط النوم الأولى (أى بدون سبب)

لتشخيص اضطرابات زيادة النوم يجب توفر المواصفات الآتية :

١- شكوى بارزة من (أ) أو (ب):

أ- زيادة النعوسة او وجود نوبات من النوم خلال ساعات النهار وليست بسبب نقص كمية النوم.

ب- استغراق وقت طويل للانتقال من النوم إلى اليقظة (ثمالة النوم)

٢-هذه الشكوى شبه يومية على الأقل لمدة شهر او فى نوبات لفترات طويلة وكافية لاحداث خلل فى الوظيفة والأشطة المعتادة والعلاقات بالآخرين .

٣- حدوثها ليس خلال مسار اضطراب إيقاع النوم واليقظة .

الإعاقة والمضاعفات:

تتفاوت الاعاقة الاجتماعية والوظيفية حسب شدة الاضطراب، ومن

مضاعفاته عدم احترام للذات والاكتئاب والتعرض للحوادث بسبب النوم أثناء قيادة السيارة أو ادمان المنشطات التى تعطى كعلاج والتى يصبح متحملا (مطيقا) لجرعات عالية منها وتصبح غير مفيدة .

التشيخص الفارق :

١-زيادة النوم قد ترتبط بعديد من الامراض العضوية ولكن نادرا ما يكون شكوى بارزة .

٢- زيادة النوم فى مرض الاكتئاب شائعة ولكن نادرا ما تكون شكوى بارزة

٣- فى الصرع النفسى حركى : قد تختفى نوبات النوم الانتيابى خلال نوبة الصرع النفسى حركى ولكن خلال الصرع يلاحظ حركات وظوبية مثل تكرار البلع وحك اليدين فى بعضهما .

فرط النوم الناتج من اضطراب نفسى آخر (غير عضوى)

يتميز هذا النوع بزيادة النوم التى تعزى ظاهريا لاضطراب عقلى آخر (نفسى) فقد توجد كثرة النوم فى اضطرابات الوجدان خاصة الاكتئاب وغالبا يعزى الشخص كثرة نومه أثناء ساعات النهار للنوم غير المريح أثناء الليل .

فرط النوم لسبب عضوى معروف

وهى كثرة النوم بسبب حالة جسمانية او تعاطى مادة مثل القنب او العقاقير المهدئة او مخفضات ضغط الدم المرتفع ، والحالات العضوية الناشئة عن اضطراب مراكز النوم تصل الى(٨٥٪)من حالات زيادة النوم منها حالات انقطاع النفس أثناء النوم وتصل الى(٥٠٪)والنوم الانتيابى يصل الى (٢٥٪) من الحالات ولزمة الرجل غير المستريحة (تقلص العضلات أثناء النوم) (restless leg syndrome)

ويصاحب هذا الاضطراب فى حالات النوم الانتيابى (Narcolepsy) نوبات من ارتخاء العضلات المفاجئ (cataplexy) وتبدأ بانفعالات قوية يمكن أن ينتج عنها السقوط مع نوم غير طبيعى من النوم المصحوب بحركة العين السريعة فى نوبات متكررة تكون مليئة بالأحلام ويفهمها الشخص على أنها هلاوس الدخول فى النوم او المصاحبة للاستيقاظ ، كما يصاحبه شلل النوم (حيث تنعدم حركة الشخص أثناء النوم عند استيقاظة المفاجئ).

أما من يعانون من انقاع النفس أثناء النوم فغالبا لديهم سمنة وعرضة لارتفاع ضغط الدم مع اختلال إيقاع القلب ، وأحيانا يصيبهم الصداع والعنه ويبدأ انقطاع النفس أثناء النوم فى منتصف العمر، ويشتد مع تقدم العمر حيث يصابون بسرعة استثارة ودرجات متفاوته من الخلل المعرفى ، مثل التشتت والتغيم ونقص الادراك والذاكرة ويندر انقاع النفس لدى السيدات قبل سن اليأس ويماثلن الرجال بعده.

اسباب زيادة النوم العضوية:

١- النوم الانتيابى .

٢- انقطاع النفس أثناء النوم.

٣- زيادة النوم الناشئة عن اختلال معروف بالجهاز العصبى المركزى وهى نوبات من النوم أثناء ساعات اليقظة ولكنها يمكن أن تقاوم وهى أطول فى مدتها ولا يشعر الشخص بعدها بنشاط وتسبقها فترات من الدوخة والبعض يعزيها الى خلل فى أيض الدوبامين.

٤- لزمة كلين- لفين : (Kleine-Levin Syn.)وهى نادرة تحدث فيها فترات من النوم متكررة وطويلة مع عزلة عن الناس أثناء اليقظة وتبلد مشاعر وسرعة استثارة وتغيم وعى وفقد التثبيطات الجنسية مع ضلالات وهلاوس واضطراب الاهتداء وخلل الذاكرة وعدم اتساق الحديث ويصاحبها زيادة الشهية للطعام وهو اضطراب متراجع ذاتيا.

٥- اللزمة المصاحبة لنزول الحيض (Premenstrual Syndrome) حيث تكون زيادة النوم الملحوظة قبل بدء نزول الحيض مباشرة وتشبه لزمة كلين-لفين الى حد كبير ويعزى سببها الى اختلال هرمونى .

٦- ثمالة النوم (Sleep Drunkenness) وهى شكل شاذ من الاستيقاظ الذى فيه تطول فترة عدم وضوح الوعى والتركيز .

فرط النـوم الأولـى

ويتميز هذا الاضطراب بزيادة النوم الثابته التى لا تعزى ظاهريا لسبب نفسى آخر او لسبب عضوى معروف فى بعض الحالات قد يكون فرط النوم رد فعل للنوم غير المريح الذى لا يعرف له سبب ، وفى بعضها الآخر قد يكون استجابة لظروف ضاغطة او نمط من التكيف الذى يميزه نقص الاحساس بهدف الحياة .

النـوم الانتيـابى
Narcolepsy

ويتميز بأنه نوبات لاتقاوم من النوم المجدد للنشاط التى تحدث يوميا على مدار ثلاثة شهور ، مع حدوث أى مما يلى او كليهما:

١- جمـدة :(ataplexy) نوبات قصيرة من الفقدان المفاجئ لقدرة العضلات وغالبا مرتبطه بانفعالات شديدة.

٢- اقتحام متكرر لأجزاء من النوم المصحوب بحركة العين السريعة (REM) فى فترات الانتقال من النوم الى اليقظة كما يبدو بواسطة إما هلاوس الدخول فى النوم (hypnagogic) او هلاوس الخروج من النوم (hypnopomic)أو شلل النوم عند بداية او نهاية نوبات النوم.

وليس سبب الاضطراب تأثيرات فسيولوجية مباشرة لمادة او لمرض جسمانى.

المشاهدات المعملية:

لوحظ أن متوسط فترة الدخول فى النوم (sleep latency) تقل عن خمسة دقائق ، وظهور فترات من النوم المصحوب بحركة العين السريعة خلال مرتين من كل خمسة غفوات أثناء النهار ..كما لوحظ يقظات عابرة أثناء النوم ، وزيادة المرحلة الأولى من النوم ، وزيادة النوم المصحوب بحركة العين السريعة ، وزيادة حركة العين خلال نفس النوم (REM)، مع حركات لأحد الأطراف على فترات وانقطاع التنفس.

وخلال حالة الجمدة يعجز الشخص عن الحركة ويصبح مرخى جفون العينين مع انزلاق الكلام من لسانه أى عدم التحكم فى مخارج الكلام (Slurred)

وينتشر هذا الاضطراب من(١٦٪ - ٢٠٪) بين عامة الناس من البالغين ويستوى فيه الذكور والإناث .وعادة يبدأ فى المراهقة ، وعادة لايبدأ بعد سن الأربعين ، وفى نصف الحالات يبدأ الاضطراب بعد ضغوط نفسية اجتماعية حادة او تغير حاد فى نظام النوم واليقظة ، وتحدث الجمدة بعد شهور او سنوات من بدء الاضطراب وقد لاتحدث فى بعض المرضى ، واضطراب النوم ليلا عادة يحدث متأخرا فى مسار المرض فى الأربعينيات او لخمسينيات من عمر المريض ..واضطرابات النوم الأخرى التى قد تصاحبه عادة تزيد من الحالة سوءاً مثل حركات الطرف او اضطراب التنفس.

وينتشر الاضطراب بين أقارب الدرجة الأولى بنسبة تتراوح بين ٥-١٥ ٪ ، بينما حوالى من ٢٥٪ الى ٠٠ ٪من أقارب الدرجة الأولى لمرضى النوم الانتيابى لديهم اضطرابات تتميز بفرط النوم (مثل فرط النوم الأولى).

التشخيص الفارق:

١- الحرمان من النوم (sleep deprivation) قد يحدث نوما أثناء النهار.

٢- فرط النوم الأولى.
٣- اضطرابات التنفس المرتبطه بالنوم.
٤- فرط النوم المرتبط بأمراض عقلية أخرى.

العلاج:
يعالج بالأمفيتامين أو المثيل فنيدات (الريتالين) ومضاد الاكتئاب.

اضطراب إيقاع اليقظة والنوم
Circadian Rhythm Sleep Disorders

أغلب الوظائف البيولوجية تتبع إيقاع منتظم خلال الفترة التى تستغرقها الأرض فى الدروان حول نفسها وهى فترة اليوم وما فيه من ليل ونهار (أى فترة ٢٤ ساعة) وهو ما يطلق عليه الإيقاع البيولوجى اليومى ويحدث ذلك حتى لو عاش الناس فى أجواء أزيلت منها كل مؤشرات الوقت من اليوم. واضطراب إيقاع اليقظة والنوم يحدث فيه تناقض بين النظام اللازم لبيئة الشخص وبين إيقاع نوم الشخص اليومى ويتبع هذا شكوى إما من الأرق أو فرط النوم.

يختل إيقاع اليقظة والنوم بصورة عابرة عندما يغير الناس مواطن إقامة يختلف فيها التوقيت اليومى بسرعة (من خلال السفر بالطائرة) (Jet Lag Syndrome) ولتشيخص اضطراب إيقاع اليقظة والنوم يجب أن يكون الأرق او فرط النوم شديدا ليصل للصورة المرضية لكل منهما (الأرق وفرط النوم) **ويوجد أربعة أنواع من اضطراب اليقظة والنوم هى :**

١- النوع متأخر المرحلة : (Delayed sleep phase type) وفيه تأخر بدء النوم الثابت وتأخر الاستيقاظ مع صعوبة بدء النوم فى الوقت الذى يرغبه وكذلك اليقظة.

٢- النوع المرتبط بتغير توقيت النوم بسبب تكرار الترحال من مكان لآخر (Jet Lag type)

٣- النوع المرتبط بوردية العمل (Shift Work Type)
٤- النوع غير المحدد.

ويتميز النوعين المرتبطين بالتغيير بأن اضطراب نظام النوم واليقظة راجعا ظاهريا الى تغيير وقت النوم كثيرا ، ويرتبط غالبا بكثرة السفر والطيران من مناطق يختلف فيها التوقيت أو تغير مواعيد العمل من خلال العمل فى ورديات مختلفة حيث يحاول الشخص فى أيام العطلات استعادة نظام نومه العادى دون جدوى ، ويلاحظ لأسباب غير معروفة تفاوت الناس فى قدرتهم على تحمل التغير المتكرر فى نظام النوم واليقظة ، فبعض الناس يعملون فى نظام ورديات عمل متغيرة عدة سنوات دون متاعب وبصفة عامة يعانى كبار السن من صعوبات فى التكيف مع التغيرات المتكررة لنظام النوم واليقظة ، وبعض الناس يحاولون الاستيقاظ خلال وردية العمل الجديدة بالاسراف فى شرب القهوة او إجبار أنفسهم على النوم فى ساعات الراحة الجديدة بالمهدئات .

أما النوع المتأخر فيتميز بأن بداية النوم ونهايته متأخرة بطريقة واضحة بالنسبة لما يرغبه الشخص من النظام التقليدى لمجتمع معين،حيث يتأخر نظام النوم واليقظة فيجد للشخص صعوبة شديدة فى استيقاظه لمباشرة مهامه الصباحية ، وغالبا يذهب لنومه فى الثالثة صباحا ويستيقظ فى الحادية عشرة قبل الظهر ويلاحظ كثيرا لدى الشباب ذو النظام المرن فى العمل والارتباطات الاجتماعية (مثل الطلاب وغير الموظفين)ويكثر لدى محبى السهر(ولاد الليل) الذين يزداد إحساسهم باليقظة أثناء الليل ، وهذا بخلاف النوع المتقدم الذى يكثر فى كبار السن وفيه يقظة مبكرة يجب تمييزها من أرق الصباح الباكر فى حالات الاكتئاب .

أما النوع غير المحدد فيتميز بالعشوائية حيث لا توجد فترة عظمى للنوم ويلاحظ لدى غير الملتزمين بنظام نوم معين ، وبعضهم قد يكونون كبار السن او طريحى الفراش لمرض يتخطفون أوقاتا قصيرة من النوم أثناء النهار ، ولا يشخص لأولئك القلائل الذين لهم حاجة تكوينيه لنوم قليل ، ولا يشخص أيضا

لمن لا يسبب لهم معاناة خلال ساعات اليقظة .

ويصاحب اضطراب إيقاع النوم واليقظة الشعور بالكدر والكسل والوهن ونقص الطاقة. . ومسار الاضطراب متغير والاعاقة فى صورة خلل متفاوت فى العمل والعلاقات الإجتماعية ومن مضاعفاته عدم التركيز والحوادث والاضطرابات الجسمانية مثل قرحه المعدة .

اضطرابات النوم التى لا يمكن تصنيفها فى أى مما سبق

وتتميز بالأرق او فرط النوم الذى لا يمكن تصنيفه فى أى من المجموعات السابقة .

ثانيا :اضطرابات المخلات بالنوم
Parasomnias

وتتميز بوجود حدث غير طبيعى يقع أثناء النوم أو عند العتبة بين اليقظة والنوم وتتركز الشكوى السائدة على الحدوث وتشمل :

١- اضطراب الكوابيس الليلية .

٢- اضطراب الفزعات اثناء النوم .

٣- اضطراب المشى أثناء النوم .

٤- اضطرابات مخلة بالنوم غير مصنفة فى أى مما سبق .

اضطراب الكوابيس الليلية
Night Mares(Night Mare Disorder)

ويتميز باستيقاظ متكرر من النوم مع استدعاء تفاصيل حلم مخيف وهذه الأحلام يعيشها الشخص أثناء النوم ، وتشمل تهديدا لحياته او لشعوره بالأمان او احترامه لذاته وخبرة معايشة الحلم او اضطراب استمرارية النوم الناشئ عنها

تسبب إزعاجاً شديدا للشخص ، وهذا الحلم الذى يعد باعثا على القلق غالبا يتزايد مع وجود ضغوط نفسية والى حد أقل مع الاجهاد الجسمانى ، ونادرا ما يحدث مع تغير ظروف النوم ، ولا يشخص هذا الاضطراب اذا بدأ او استمر تحت تأثير عامل عضوى او كيميائى مثل عقار معين .

عادة تحدث نوبات الحلم المفزع خلال فترات النوم المصحوب بحركة العين السريعة ولكنها أحيانا قد تحدث فى أى وقت ليلا وتزداد قرب نهاية النوم مع زيادة هذا النوع من النوم ، وخلال الحلم المفزع يوجد فورة فى الجهاز العصبى المستقل ونادرا ما تلاحظ حركات الجسم خلال النوبة ، لأن النوم المصحوب بحركة العين السريعة يرتبط بفقد قدرة العضلات وتثبيط حركة الجسم. . وعند الاستيقاظ من الحلم المخيف سرعان ما يصبح الشخص مهتديا ويقظا ويمكنه إعطاء تفاصيل عن الحلم سواء مباشرة او فى الصباح ، وكثيرا ما يجد صعوبة فى العودة الى النوم.

ولوحظ أنه لا يوجد سيكوباثولوجى ثابت لدى الاطفال المصابين بهذا الاضطراب بالمقارنة بالبالغين المصابين بهذا الاضطراب الذين يظهرون سيكوباثولوجى شديد فى بعض الحالات وأشارت بعض الدراسات أن الاضطراب مرتبط بقدرة فنية وأشارت دراسات أخرى إلى سمات شخصية من عدم الثقة والاغتراب وزيادة الحساسية أو أنماط من الشخصية الشبه فصامية او الحدية .

بدء الاضطراب ومساره :

فى أكثر من نصف الحالات يبدأ قبل سن عشر سنوات وفى ثلث الحالات يبدأ قبل سن العشرين ، ويبدو أن ظروفا ضاغطة تسبق بدء الاضطراب فى حوالى (٦٠ ٪) من الحالات ومعدل النوبات متفاوت للفرد الواحد وللأفراد المختلفين وأحيانا تتكرر الأحلام المفزعه ثلاث مرات أسبوعيا وكثيرا ما يختفى تلقائيا لدى الأطفال ، أما البالغين فإنه يظل لديهم عشرات السنين . . ولا يحدث

الاضطراب إعاقة شديدة أثناء ساعات اليقظة .

وينتشر اضطراب الكوابيس الليلية فى (٥٠٪) من عامة الناس ويكثر انتشاره بين النساء .

التشخيص الفارق :

لا يشخص اضطراب الكوابيس الليلية فى حالة عامل عضوى معروف مثل تعاطى عقاقير معينة (الرزربين والبنزوديازبين ومضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات والثيوريدازين)، حيث لوحظ أنها تسبب أحلاما مزعجة كما أن السحب المفاجئ لمثبطات النوم المصحوب بحركة العين السريعة ، مثل مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات يزيد من هذا النوع من النوم كرد فعل ويزداد احتمال حدوث الأحلام المزعجة اذا كان السبب أى من هذه العوامل العضوية يشخص الاضطراب على أنه اضطراب مخل بالنوم غير المصنف فى مكان آخر.

العلاج :

نفسى لفهم الديناميات اللاشعورية الناشئ عنها الحلم المزعج لأنه قد يكون عقاب للنفس.

اضطراب الفزع أثناء النوم

Sleep Terror Disorder

وهو اضطراب يتكرر فيه نوبات من الاستيقاظ المفاجئ من النوم عادة البداية بصرخة هلع تحدث عادة فى الثلث الأول من النوم خلال فترة النوم العظمى وأثناء النوم غير المصحوب بحركة العين السريعة ، الذى يكثر فيه نشاط الموجات البطيئة (Delta) فى تخطيط الدماغ الكهربائى ، وهى المراحل(٣ . ٤) وتظل الحالة من دقيقة الى عشر دقائق.

ويجلس الشخص عادة فى فراشه مفزوعا وعلامات الخوف بادية عليه فى

صورة اتساع فتحة إنسان العين الغزير ووقوف الشعر وسرعة التنفس وسرعة النبض ، ولا يستجيب الشخص لمحاولات التهدئه حتى يقل الفوران الداخلي وتغيم الوعى، وقد يذكر الشخص بقايا حلم قبل اليقظة ونادرا ما يكون الحلم حيا وكاملا، ولكن المعتاد أن يتم نسيان النوبة كاملة فى الصباح وتكثر النوبات اذا كان الشخص مجهدا او يعانى ضغوطا حالية .

ولوحظ أن النوبة الشديدة تسبق ببطء إيقاع تخطيط الدماغ الكهربائى فى صورة زيادة ارتفاع موجات دلتا أكثر من المعتاد مع بطء التنفس وإيقاع القلب

ويصاحب بدء النوبة بسرعة إيقاع القلب وكذلك تخطيط الدماغ الكهربائى بما يشبه حالة اليقظة .

وحدوث هذا الاضطراب فى الاطفال لا يصاحبه سيكوباثولوجى ثابت ولكن حدوثه للبالغين يصاحب بأعراض أخرى لاضطراب نفسى مثل القلق العام .

بدء الأضطراب ومساره :

يبدأ الأضطراب عادة فى الطفولة (٤ - ١٢سنة) ويصيب الكبار أيضا فى العشرينيات او الثلاثينيات ونادرا ما يبدأ بعد سن الأربعين . . ويتفاوت المسار كثيرا فى تكرار النوبات لدى الأفراد فقد تحدث النوبة فى ليال متتالية وقد تتكرر على فترات أيام أو أسابيع ، وفى حالات الأطفال يختفى تلقائيا عند بلوغهم مرحلة المراهقة ، أما عندما يبدأ الاضطراب فى الراشدين فإنه يصبح مزمنا ومن مضاعفاته إمكانية حدوث إصابة أثناء النوبة بسبب الفزع الشديد وتغيم الوعى .

انتشار الفزع أثناء النوم :

تقرر نسبة (من ١الى٤٪) أنهم أصيبوا بالاضطراب فى وقت ما من حياتهم وانتشاره أكثر بين الأطفال وخاصة الذكور . وله نمط أسرى من الانتشار حيث يزداد بين الأقارب من الدرجة الأولى عنه بين عامة الناس.

التشخيص الفارق :

١- اضطراب الكوابيس الليلية .

٢- هلاوس الدخول فى النوم : تصاحب بقلق ولكنها عند بدء النوم وتتكون من خيالات حية عند الانتقال من اليقظة للنوم.

٣- نوبات الصرع : قد تقع أثناء النوم مع تغيم وعى بعد النوبات وقد تمثل شبيهه باضطراب الفزع أثناء النوم وحيئنذ يلزم التفرقة بواسطة تخطيط الدماغ الكهربائى.

العلاج :

فى حالة الأطفال تهدئ الأم طفلها دون خوف ولا يلزم إلا فى حالة سيكوباثولوجى آخر، أما فى البالغين فيكون العلاج نفسى لفهم ظروف الشخص النفسية والاجتماعية ومساعدته على التكيف الداخلى ، ونادرا ما يلزم إعطاء عقار مثل الفلورازيبام بجرعات قليلة .

اضطراب المشى أثناء النوم
Sleep Walking Disorder

وأهم ملامحه هو تكرار نوبات من سلوكيات متتابعة تصل الى ترك الفراش والمشى متجولا دون وعى الشخص بالنوبة او تذكرها ، وتحدث النوبة عادة خلال الثلث الأول من النوم(أى أثناء النوم غير المصحوب بحركة العين السريعة) والذى يشمل موجات دلتا فى تخطيط الدماغ الكهربائى خلال المراحل ٣،٤ من هذا النوع من النوم وقد تظل النوبة من دقائق قليلة الى نصف ساعة .

وخلال النوبة النمطية يجلس الشخص ويقوم بحركات وظوبية مثل مسك الغطاء وبعدها يقوم بأفعال حركية شبه هادفة بالاضافة الى المشى وقد تشمل

اللبس وفتح الباب ودخول الحمام وأحيانا تنتهى النوبة قبل المشى. . وخلال النوبة يكون وجه الشخص شاحبا محملقا ونسبيا غير مستجيب لمجهودات الآخرين للتأثير على المشى أثناء النوم او التواصل معه ، ويمكن إقاظه بصعوبه وخلال المشى أثناء النوم يكون التحكم الحركى ضعيفا ، ولكن الشخص قد يكون قادرا على رؤية الأشياء والدروان حولها ، ومن قبيل الخرافة ما يشاع أن الشخص يكون فى مأمن أأناء سيره و هو نائم ، حيث أنه كثيرا ما يسقط ويصطدم بالأشياء وقد يصاب وقد ينتهى سلوك المشى تلقائيا ، وعندما يستيقظ الشخص يكون غير مدرك للبيئة من حوله لعدة دقائق وقد يعود إلى فراشه دون الوصول إلى حالة الوعى، وقد يستلقى فى مكان آخر ليواصل نومه حتى الصباح ويندهش عندما يجد نفسه فى الصباح نائما فى مكان آخر . . ولا يذكر الشخص شيئا عند استيقاظه (سواء تم أثناء النوبة او فى الصباح) عن ما حدث أثناء النوبة وقد يذكر بقايا حلم غير كامل متتابع الأحداث .

ويكشف تخطيط الدماغ أثناء النوم عن ظهور موجات بطيئة متزايدة فى الشدة فى المرحلة الرابعة من النوم غير المصحوب بحركة العين السريعة تسبق النوبة مباشرة، ولكن بمجرد أن يبدأ الشخص سيره أثناء النوم يظهرخليط من الموجات المميزه لكل مراحل النوم غير المصحوب بحركة العين السريعة وضعف فرق الجهد .

قد يصاحب المشى أثناء النوم بالكلام (Somniloquy)[١] الذى يكثر كاضطراب منفصل فى الأطفال والكبار ويحدث فى مراحل النوم .

بداية الاضطراب ومساره :

يبدأ الاضطراب فى الطفولة المتأخرة (٦ -١٢ سنة) ويظل لعدة سنوات سواء حدث يوميا او على فترات متباعدة وغالبية الطفال والمراهقين المصابين

(١) عادة يكون الكلام أثناء النوم كلمات قليلة لايمكن تميزها ، وأحيانا تكون نوبات طويلة من الكلام عن حياة الشخص ، وليس له علاقة بالاحلام ولايكشف عن أسرار عميقة ، وأحيانا يصاحب اضطراب الفزع أثناء النوم والكلام أثناء النوم وحده لايستدعى علاجا .

بهذا الاضطراب تختفى أعراضهم فى العشرينيات ، ولكن عندما يبدأ الاضطراب فى سن الرشد يميل لأن يصبح مزمنا، ومن أهم مضاعفاته الإصابة أثناء النوبة والاعاقة تكون فى تجنب الشخص للنوم بالمعسكرات او عند الأصدقاء حتى لا يكتشف الاضطراب بواسطة الآخرين .

انتشاره :

لوحظ أن (١٥٪) من الأطفال مروا بخبرة نوبات متباعدة ما من المشى أثناء النوم ويقرر حوالى (٦٪)أن المشى أثناء النوم أصابهم فى فترة ، من حياتهم ولكن الاضطراب نادرا بين البالغين ، ويكثر انتشاره بين الذكور عنه بين الإناث وله نمط أسرى حيث يكثر بين الأقارب من الدرجة الأولى عنه بين عامة الناس .

التشخيص الفارق :

١- نوبات الصرع النفسى حركى (Psychomotor Epilepsy) ولكن فى الصرع لا يستجيب الشخص للمثيرات البيئية وتكون الحركات وظويبة مثل البلع والحك باليدين وتظهر النوبات أثناء اليقظة و فى تخطيط الدماغ الكهربائى يوجد ما يميزها ولكن وجود صرع نفسى حركى لا ينفى وجود اضطراب المشى أثناء النوم.

٢- الشراد النفسى : يحدث عندما يكون الشخص مستيقظا ويظل ساعات او أيام ولا يضطرب الوعى فيه وعادة يرتبط بوجود سيكوباثولوجى شديد ويندر حدوثه للأطفال.

٣- ثمالة النوم : (Sleep drunkenness) وهو الانتقال الطويل من النوم الى حالة اليقظة وقد يشبه أثناء النوم إلا أنه يحدث فى نهاية النوم خلال عملية الاستيقاظ وغالبا يرتبط بسلوك عدوانى.

علاج المشى أثناء النوم :

لا يلزم علاج هذا الاضطراب لدى الأطفال ولكن يؤمن عدم إصابتهم وللبالغين علاج نفسى وأحيانا يعطى عقار الفلورازيبام .

الاضطراب المخل بالنوم غير المصنف فى مكان آخر

Parasomnia not Otherwise Specified

وهى اضطرابات تخل بالنوم ولا يمكن تصنيفها فى أى مكان من المجموعات الأخرى المذكورة السابقة مثل:

١-كوابيس ليلية حدثت نتيجة لتعاطى عقار .

٢- نوبات صرعية تحدث أثناء النوم : التى قد ترتبط بالنوم لدرجة أن يطلق عليها صرع النوم (Sleep Epilepsy)

٣- احتكاك الأسنان أثناء النوم (Sleep related Bruxism) فيما يشبه عملية طحن الطعام تحدث خلال المرحلة (٢) من النوم غير المصحوب بحركة العين السريعة ويقررأطباء الأسنان أن (٥-١٠٪) من الناس يعانون احتكاك أسنانهم بشدة لدرجة تلف الأسنان ولا يشعر بها النائم ، ولكن قديشعر بألم فى الفك عندما يستيقظ أو يشكو من ذلك من يشاركه النوم فى فراشه أو حجرته .

٤- تقلص العضلات أثناء النوم (Sleep related myoclonus) خاصة فى الرجل لدرجة أطلق عليها لزمة الرجل غير المستريحة . . وتعالج هذه الحالات بتمرينات رياضية مع عقار الكلونازيبام (ريفوتريل) .

٥- أرجحة الرأس أثناء النوم : (Sleep head banging) حيث يحرك الشخص رأسه بعنف إيقاعيا يمينا ويسارا قبل النوم مباشرة اوأثناءه

خاصه فى النوم الخفيف.

٦- الشلل أثناء النوم : (Familial Sleep Paralysis)عدم القدرة المفاجئه على الإتيان بحركة إرادية بمجرد بدء النوم أو عند الاستيقاظ .

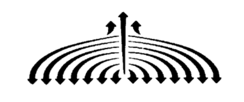
٧- الصداع النصفى المرتبط بالنوم : ويرتبط خاصة النوم المصحوب بحركة العين السريعة .

٨- لزمة البلع غير الطبيعى أثناء النوم :حيث يستنشق اللعاب وتنتابه الكحه.

٩- الأزمة الربوية المرتبطة بالنوم.

١٠- اعراض اضطراب القلب المرتبطة بالنوم .

١١- تكسركرات الدم الحمراء أثناء النوم مما ينتج عنها دم فى البول فى الصباح (Sleep Related Haemolysis)



الفصل العاشر

مقدمة:

سيدة فى الاربعين من عمرها متزوجة أجريت لها عدة عمليات جراحية دون داعى الا شكواها المستمرة من الألم ، وتعدد دخولها المستشفيات لاجراء التحاليل او العلاج ، ولكن الازعاج الذى سببته فى إحدى المستشفيات مع الفريق العلاجى جعلهم يعرضونها على الطبيب النفسى الذى لاحظ دراميتها ومبالغتها فى عرض شكواها مع شعورها بعدم السعادة فى حياتها الزوجية.

هذا مثال لحالة اكلينيكية سوف يعرض لها هذا الفصل. . هل يمكنك بعد إعادة قراءتها أن تضع اهدافا تعليمية تبغى تعلمها ؟ ما هى هذه الاهداف ؟

الاضطرابات المستحدثة

Factitious Disorders

وهى اضطرابات غير حقيقية تتميز بأعراض جسمانية او نفسية يستحدثها الشخص عن قصد. . فالعرض استحدث عن قصد مبنى جزئيا على قدرة الشخص على محاكاة المرض بمثل هذه الطريقة ، وأنه لن يكتشف ولذا فإنه يراعى التوقيت والتخفى الذى يلزم له درجة من الحكم على الأمور ونشاط ذكائى يوحى بسيطرة إرادية إلا أن هذه الافعال لها سمة قهرية (بمعنى أن الشخص غير قادر على الامتناع عن سلوك خاص) حتى مع معرفته بأخطاره ، ولكن يجب الأخذ فى الاعتبار أن السلوكيات إرادية (بمعنى أن الشخص حريص وهادف لاستحداث الاعراض)، وهكذا يكون السلوك المرضى تحت سيطرة ارادية تستخدم للوصول الى الاهداف التى تم تبينها لا إراديا . . والحكم أن السلوك المرضى مستحدث عن قصد يتم بواسطة استبعاد كل الاسباب الأخرى الممكنة للسلوك. . كما أن وجود اعراض جسمانية او نفسية مستحدثة لا ينفى وجود اعراض حقيقية مصاحبة نفسية او جسمانية.

وتميز حالة الادعاء (التمارض) عن الاضطرابات المستحدثة فى أن الهدف واضح ومعروف ضمن الظروف المحيطة (مثل ادعاء المرض الجسمانى لتجنب واجب الخدمة العسكرية) بخلاف الاضطرابات المستحدثة التى يكون فيها حاجة نفسية لأخذ الدور المرضى وغياب هدف واضح ضمن الظروف الخارجية .

أنواعها :

١- اضطراب الاعراض الجسمانية المستحدثة.

٢- اضطراب الاعراض النفسية المستحدثة.

٣- الاضطرابات المستحدثة غير المصنفة فى مكان آخر .

اضطراب الاعراض الجسمانية المستحدثة

Factitious Disorder With Physical Symptoms

ويتميز باستحداث اعراض جسمانية عن قصد مثل الشكوى من ألم حاد بالبطن دون وجود لهذا الألم، او ايذاء النفس باستحداث خراريج فى الجسم بواسطة حقن اللعاب تحت الجلد . .ومن هذا الاضطراب تمت دراسة لزمة مونشواسن (Munchuasen's Syndrome) وهى اضطراب مزمن يرتبط بمثول الشخص بأعراض جسمية ويتعدد دخوله المستشفى لدرجة أن الشخص يقضى حياته ، إما فى المستشفى او محاولا دخولها ، ومن الصور الشائعة سريريا ألم شديد فى المنطقة السفلى اليمنى من البطن مصاحب بغثيان وقئ ودوخة ، او خراريج وحميات او نزف نتيجة لتعاطى مضادات التجلط ، وتعد كل الاجهزة العضوية هدفا مبدئيا لاستحداث الاعراض التى تمثل محدودة بمعلومات الشخص الطبية وفلسفته وتخيلاته .

والمصابون بهذا الاضطراب عادة يمثلون بتاريخ درامى ولكنه مفرط فى الغموض و غير متسق عند الاستفسار عن تفاصيل أكثر ، وقد يتورط فى كذب مرضى غير محكم بطريقة تجذب انتباه المستمع حول أى جزء من تاريخه او اعراضه (Pseudologia Fantastica)، وهم غالبا لديهم معلومات موسعة من المصطلحات الطبية ونظم المستشفيات ، وبمجرد دخولهم الى المستشفى يختلقون ازعاجا لجذب انتباه الفريق العلاجى بالمستشفى وعدم التكيف مع نظمها وتكثر شكواهم من الألم وطلب المسكنات وبعد جهد طبى يبرهن على عدم وجود مرض يبرر الشكوى الرئيسية فإنهم عادة يشكون من مشاكل أخرى جسمانية ويستحدثون اعراضا أخرى زائفة . . وهم أيضا شغوفون بمكابدة عديد من الفحوصات المؤلمة والعمليات الجراحية . . وعندما يواجهون ببرهان على زيف أغراضهم فإنهم إما أن ينكروا الادعاءات او سرعان ما يتحولون للوقوف ضد النصح الطبى ، وسوف يسعون لدخول مستشفى آخر فى نفس اليوم وقد يسافرون لذلك من بلد لآخر.

ويبدأ الاضطراب غالبا فى بداية الرشد مع دخول مستشفى بمرض جسمى حقيقى، وفى المسار المزمن من هذا الاضطراب يصبح نمط دخول المستشفيات أسلوب حياة الشخص ، ويترتب على ذلك فشل الشخص فى وظيفته وعلاقاته الاجتماعية والأسرية . . ومن أهم مضاعفاته إجراء عمليات جراحية بدون مبرر وتعاطى عقاقير قد تصل لهم لدرجة الادمان.

واضطراب الاعراض الجسمانية المستحدثة شائع ولكنه نادرا ما يكتشف، ويرى البعض أنه نادر ولكن المزمنين من المرضى يترددون كثيرا على المستشفيات بأسماء مختلفة وانتشاره لدى الذكور أكثر منه لدى الاناث .

أسباب اضطراب الاعراض الجسدية المستحدثة :

١- مرض حقيقى خلال الطفولة او المراشقة استوجب علاجا ودخول مستشفى .

٢-العمل فى مهنة قريبة من الممارسة الطبية (مثل ممرضة او فنى تحاليل طبية).

٣- وجود سمات اعتمادية مدمرة للنفس.

٤- علاقة مؤثرة بطبيب فى الماضى بأن كان أحد أفراد الأسرة طبيبا او إغرا- بواسطة طبيب خلال الطفولة و المراهقة.

التشخيص الفارق :

١- مرض جسمى حقيقى .

٢- الاضطرابات جسدية الشكل :وهى شكاوى جسمانية ليس سببها مرض جسدى حقيقى ولكن الاعراض لا تستحدث عن قصد.

٣- التمارض (ادعاء المرض) حيث يكون للشخص هدف واضح من دخوله المستشفى ويوقف الاعراض عندما لا تصبح مجدية بالنسبة له.

٤- اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع : وفيه تقل العلاقات الحميمة بالآخرين وأحيانا يرتبط بالادمان و النشاط الاجرامى ويبدأ الاضطراب مبكرا ونادرا ما يتكرر دخوله المستشفى كنمط لحياته .

٥- الفصام :توجد فيه الاعراض الذهانية التى تميز الفصام.

اضطراب الاعراض النفسية المستحدثة

Factitious Disorder With Psychological Symptoms

يتميز بالاستحداث المقصود او التظاهر لاعراض نفسية (غالبا اعراض ذهانية) تشير الى مرض عقلى (نفسى) وهدف المريض هو اتخاذ دور المريض ولا يفهم غير ذلك من ظروف المريض البيئية (فليس هناك هدف واضح كما فى التمارض) .. والاعراض معقدة وتزداد عندما يشعر الشخص أنه ملاحظا من آخرين، مثل هذا الشخص قد يدعى الاكتئاب وأفكار انتحارية او يدعى فقد ذاكرة (للاحداث القريبة والبعيدة) او هلاوس (سمعية وبصرية) او اعراض انشقاقية وتحويلية وقد يكون سلبيا وغير متعاون عند الفحص بواسطة الطبيب النفسى والاعراض التى يظهرها تمثل مفهومه عن المرض النفسى ولاتتفق مع أى مرض نفسى.

ويصاحب الاعراض النفسية المستحدثة عرض اعطاء اجابات تقريبية[1] (Vorbeireden) او الاجابة عن شئ آخر . . وكثيرا ما يطرأ الاضطراب على شخصية مضطربة وقد يستخدم الشخص عقاقير ذات مفعول نفسى سرا بغرض إحداث اعراض تشير الى اضطراب نفسى غير عضوى (مثل الأمفيتامين لاحداث أرق و ال اس دى -LSD لاحداث هلوسة) .. والاضطراب أكثر لدى الذكور الذين لديهم اضطراب شخصية والمسار محدود بنوبة او اثنتان وقد يصبح مزمنا ويفقد الشخص وظيفته وعلاقاته الاجتماعية ويتعدد دخوله المستشفى .

(١) لزمة جانسر (Ganser's Syndrome).

التشخيص الفارق :

يصعب تمييز اضطراب الاعراض المستحدثة نفسيا من الاضطرابات النفسية ولكن الاختبارات الاسقاطية او بندر جشطلت قد يكون مساعدا .

١- الخرف :(Dementia) له سبب عضوى واضح او باثوفسيولوجى.

٢- ذهان حقيقى (كما فى حالات التفاعل الذهانى المحدود او الفصام).

٣- التمارض (ادعاء المرض): له هدف يلاحظ من ظروفه المحيطة وتختفى الاعراض بعد الوصول للهدف او كشف الهدف .

الاضطرابات المستحدثة غير المصنفة فى مكان آخر

الذى لايمكن تصنيفه فى أى من المجموعات السابقة مثل الذى يجمع بين الاعراض الجسمانية والنفسية .

العلاج فى حالات الاضطرابات المستحدثة :

ليس هناك علاج طبى نفسى معين فى هذه الحالات والعلاج أساساً يتركز فى اكتشاف التشخيص السليم لهذه الحالات على أنها اعراض استحدثت قصداً.

الفصل الحادى عشر

مقدمة :

١- سيدة فى السادسة والثلاثين من عمرها ميسورة الحال تشكو أنها تسرق أشياء من المحلات او من عند صديقاتها دون حاجة إليها ولكنها تشعر برغبة شديدة فى السرقة مع توتر وعند اقتراف السرقة تشعر بالارتياح ، ثم تشعر بالذنب بعد ذلك وأحيانا تعيد المسروقات دون معرفة صاحبها .

٢- طفلة فى الحادية عشرة من عمرها متخلفة عقليا أحضرتها أمها بشكوى أنها تخلع شعرها وتضعه فى فمها ، ومن خلال فحصها لوحظت مظاهر التخلف العقلى مع وجود مناطق فى رأسها خالية من الشعر .

هذان مثالان لحالتين اكلينيكيتين سوف نعرض لهما فى هذا الفصل . . هل يمكنك بعد إعادة قراءتهما أن تضع اهدافا تعليمية تبغى تعلمها ؟ ما هى هذه الاهداف ؟

اضطرابات التحكم فى النزعة غير المصنفة فى مكان آخر

Impulse Control Disorders Not Elsewhere Classified

وهى مجموعة متبقية من الاضطرابات الخاصة بالتحكم فى النزعات وغير المصنفة فى مكان آخر وتتميز بما يلى :

١- الفشل فى مقاومة النزعة او اغراء القيام بفعل ما مؤذى لأشخاص آخرين او لشخص آخر وقد يوجد مقاومة شعورية للنزعة (او لا يوجد).

٢- زيادة الشعور بالتوتر او الإثارة قبل القيام بالفعل.

٣- الشعور بالسرور او الاشباع او الراحة فى وقت تنفيذ الفعل ، والفعل متوافق مع الذات

٤- قد يشعر بعد الفعل بالذنب ويلوم نفسه وقد لا يحدث ذلك .

وتشمل هذه المجموعة الاضطرابات الآتية:

١- الاضطراب الانفجارى المتقطع.

٢- هوس السرقة.

٣- المقامرة المرضية.

٤- هوس إشعال الحرائق .

٥- هوس خلع الشعر .

الاضطراب الانفجارى المتقطع

Intermittent Explosive Disorder

ويميزه نوبات متناثرة من فقد السيطرة على النزعات العدوانية يترتب عليها حماقات اعتدائية خطيرة ضد الاشخاص او الممتلكات ولا تتناسب درجة العدوانية مع الضغوط النفسية او الاجتماعية المرسبة ، وبين النوبات لا توجد علامات عدوان او اندفاع . . ويصف الشخص النوبات بأنها تظهر خلال دقائق او ساعات ثم يلوم نفسه عقب النوبة على نتائج الفعل وعدم السيطرة على نزعاته العدوانية .

قبل تشخيص هذا الاضطراب يجب استبعاد الاضطرابات الذهانية واضطراب الشخصية العضوى والمضادة للمجتمع والحدية واضطراب السلوك والانسمام بمادة ، وهى الاضطرابات التى ترتبط بفقد السيطرة على النزعات العدوانية .

ويبدأ الاضطراب الانفجارى المتقطع فى أى سن ولكن غالبا فى العقد الثانى او الثالث من العمر وتختل العلاقات الاجتماعية بسبب السلوك العدوانى غير المتوقع. . وهونادر الانتشار وإن كان يزداد لدى الذكور عنه بين الإناث .

العلاج :

يستخدم في علاج حالات الاضطراب الانفجارى المتقطع عقاقير الفينوثيازين وأحيانا مضادات الاكتئاب او مضادات الصرع او الليثيوم مع علاج نفسى فردى او جماعى وان كان العلاج الفردى قد يكون صعبا وخطيرا وغير مجدى فى الغالب والعلاج الأسرى مفيد عندما يكون مراهقا .

هوس السرقة

Kleptomania

ويتميز بفشل الشخص فى مقاومة نزعات السرقة لاشياء ليست لازمة للاستخدام الشخصى وليس فى حاجة لقيمتها ، والاشياء التى سرقت ترمى او تهمل او تعاد الى المكان الذى سرقت منه او تخفى او تحفظ وغالبا يكون الشخص ثريا ويستطيع شراء الاشياء التى يسرقها ، ويخبر الشخص شعورا بالتوتر قبل ارتكاب السرقة مباشرة ويشعر بالاشباع او الراحة أثناء ارتكاب السرقة، وهذا النوع من السرقة ليس مخططا له ، ولا تؤخذ التوقعات فى حسبان وتتم دون مساعدة من آخرين ، وليس له علاقة بالغضب ولا يشخص هذا الاضطراب اذا كان سبب السرقة هو اضطراب السلوك او الشخصية المضادة للمجتمع.

ويصاحب هوس السرقة بأعراض اكتئاب وقلق وشعور بالذنب، وتوجد غالبا علامات اضطراب شخصية . . ويبدأ الاضطراب فى سن الطفولة وتتزايد ثم تقل وتصبح مزمنة وعادة ينتج عنها مشاكل قضائية . . وهذا الاضطراب نادرا ولكنه لدى الإناث أكثر منه لدى الذكور، وعلاجه يعطى نتائج طيبة .

أسباب هوس السرقة :

يعتقد المحللون النفسيون أن هوس السرقة يرجع الى نزعات عدوانية او الى نزعات ليبيدية ، كما يعزيها بعضهم إلى أن الشئ المسروق يرمز لمعنى معين لدى الشخص . . وغالبا يصاحب هوس السرقة اضطرابات أخرى مثل الاكتئاب المزمن والقهم العصابى والشره المرضى وهوس اشعال الحرائق ، وتظهر اعراض هوس السرقة عادة فى فترات الضغوط النفسية والاجتماعية الهامة (مثل الفقد والانفصال والطلاق) .

ويصنف أحد المحللين النفسيين أسباب السرقة كما يلى :

١-كطريقة لاعادة العلاقة المفقودة بالأم .

٢- فعل عدوانى ضد الآخرين .

٣- دفاع ضد الخوف من الخصاء لدى الذكر او سرقة بديل القضيب لدى الأنثى .

٤- وسيلة للبحث عن عقاب للنفس .

٥- وسيلة لإعادة اعتبار الذات .

٦- تفاعل من الشخص تجاه وجود أسرار أسرية خافية عليه .

٧- هياج واستبدال لفعل جنسى .

ويرى أن واحد او أكثر من هذه العوامل يمكن أن يكون سبب لهوس السرقة .

التشخيص الفارق :

١- السرقة المعتادة : وتكون مخططة باتقان والاشياء المسروقة لاستخدامها او لقيمتها .

٢- الادعاء : لينفى عن نفسه تهم سرقة حقيقية .

٣- اضطراب السلوك واضطراب الشخصية المضاد للمجتمع ونوبات الهوس : قد تتم فيها سرقة ولكن تظهر السمات الأخرى المميزة لكل منها .

٤- الفصام : اذا حدثت سرقة تكون استجابة لضلالات او هلاوس.

٥- اضطرابات عقلية عضوية: بسبب فشل تذكر الشخص أنه دفع ثمن الشئ.

علاج هوس السرقة :

العلاج النفسى التبصيرى والعلاج النفسى التحليلى ينجح كثيرا فى علاج هذه الحالات ، خاصة اذا كان لدى المريض دافع للعلاج .. وكذلك العلاج السلوكى بسلب الحساسية او قلب التشريط والعلاج الزواجى يفيد أيضا فى العلاج.

المقامرة المرضية

Pathological Gambling

ويتميز هذا الاضطراب بالمقامرة التى يفشل الشخص فى مقاومتها و ينشأ عنها تحطم شخصيته وعلاقاته الأسرية وخسارته المادية وما يترتب عليها من ديون وقروض ، ويفشل فى عمله لانشغاله بالمقامرة ويلجأ للنصب والاحتيال والكذب للحصول على نقود للاستمرار فى المقامرة ويزداد الحماس للمقامر والانشغال بها خلال فترات الضغوط الاجتماعية والنفسية .. ويصاحبها سلوكيات مضادة للمجتمع للحصول على المال مثل السرقة والكذب وأحيانا يصاحبها القلق او الاكتئاب.

عادة يبدأ إضطراب المقامرة المرضية فى المراهقة لدى الذكور وبعد ذلك لدى الإناث ومساره متماوج (أى فترات من الهوادة وأخرى من الاشتداد) ولكنه

يصبح مزمنا **وتمر المقامرة المرضية بثلاث مراحل هى :**

١- **مرحلة المكسب** : حيث يكسب مالا وفيرا أول الأمر ويقعَ فى شرك المقامرة

٢- **مرحلة الخسارة الاشتدادية** : وفيها يرتب المريض حياته على المقامرة و يصبح غبيا يقامر بمخاطرة ويفقد عمله ويخسر نقوده .

٣- **مرحلة اليأس والتهور** : حيث يقامر بكميات كبيرة من النقود ويتورط فى قروض وديون وكتابة شيكات بدون رصيد. . وقد يظل خمسة عشر عاما الى أن يصل الى المرحلة الثالثة وعندما يصلها ينهار تماما خلال عام واحد او اثنان على الأكثر. . ومن مضاعفاتها الادمان ومحاولات الانتحار والسرقة ضمن عصابة والوقوع تحت طائلة القانون والسجن . . ويكثر هذا الاضطراب لدى الذكور عنه بين الاناث.

التشخيص:

تشخص المقامرة كسلوك مضطرب بأربعة على الأقل مما يلى :

١- الانشغال الكثير بالمقامرة او بالحصول على نقود للمقامرة .

٢- المقامرة كثيرا إما بمبلغ كبير من النقود او لفترة أطول مما ينبغى.

٣- الحاجة لزيادة حجم او تكرار المراهنات للحصول على الاثارة المرغوبة .

٤- عدم الاستقرار او سرعة الاستثارة اذا لم يستطع المقامرة .

٥- تكرار خسارته للنقود فى المقامرة وعودته فى يوم آخر ليعوض خسائره .

٦- يبذل مجهودات متكررة لتقليل او وقف المقامرة .

٧- كثرة المقامرة حتى عندما يتوقع منه أن يفى بمسئوليات اجتماعية او وظيفيه.

٨- يضحى بالأنشطة الترفيهية او الاجتماعية او المهنية فى سبيل المقامرة .

٩- الاستمرار فى المقامرة برغم عدم قدرته على دفع ديونه او برغم مشاكله الاجتماعيه او الوظيفيه او القانونية، الهامة والتى يعرف أنها تتفاقم بالمقامرة.

التشخيص الفارق :

١- المقامرة الاجتماعية مع الاصدقاء: كتسلية دون مواصفات مرضية .

٢- الهوس او الهوس الخفيف: حيث يفقد الحكم على الأمور ويكثر من المقامرة.

٣- الشخصية المضادة للمجتمع: كثيرا ما ترتبط بالقمار خاصة بعد التورط فى الديون والافلاس .

أسباب المقامرة المرضية:

هناك عوامل تهيئ لهذا الاضطراب هى :

١- اختلال الأسرة والعلاقة الوالدية السيئة وتخبط حياة الأسرة الاقتصادية .

٢- الانخراط فى المقامرة فى سن المراهقة .

٣- تركيز الأسرة على القيمة المادية لكل شئ.

٤- ادمان الزوج وغيابه عن البيت فى حالة مقامرة الإناث .

علاج المقامرة المرضية: .

نادرا ما يحضر المقامر طائعا للعلاج وما يحضره عادة هو شكوى نفسية أخرى او ضغوط من الأسرة او مشاكل قضائية ، وتكونت فى بعض المجتمعات

جماعات المقامرين السابقين الذين يستطيعون عن طريق اللقاءات الجماعية مساعدة المقامرين الحاليين . . وأحيانا يكون مفيدا أن يدخل المريض الى مستشفى لابعاده عن جو المقامرة ولتبصيره ، على أن يظل بعيدا عن المقامرة ثلاثة أشهر ثم يعالج نفسيا .

هوس إشعال الحرائق

Pyromania (Arson)

وهو اشعال الحرائق المقصود أكثر من مرة ويشعر الشخص بتوتر او اثارة وجدانية قبل اشعال النار وسرور شديد جدا او اشباع او تخفف من التوتر عند اشتعال الحريق او مشاهدتها ، ولا يكون اشعال الحرائق هذا بسبب تمرد سياسى او لاخفاء نشاط اجرامى (سرقة مثلا) او التعبير عن غضب او استجابة لضلالات او هلاوس .

ورغم أن هوس اشعال الحرائق بسبب الفشل فى مقاومة النزعه الا أنه قد يكون هناك اعداد جيد لبدء الحريق ، وقد يترك الشخص دليلا واضحا ، والمصابون بهذا الاضطراب غالبا يعرفون كملاحظين منتظمين لحرائق جيرانهم ويظهرون اهتماما بمقاومة الحرائق ، وقد يدفعهم اعجابهم بنيران الحرائق للتطوع فى المطافئ ولا يبدون انفعالا لنتائج الحرائق المتعلقة بالارواح والممتلكات.

يبدأ عادة هوس اشعال الحرائق فى الطفولة وعندما يبدأ فى المراهقة يكون الاضطراب أكثر تدميرا ، وعلاج الا طفال المضطربين يعطى نتائج طيبة أما الكبار المضطربون فلأنهم يرفضون وينكرون تكون نتائج علاجهم غير مرضية . . وينتشر الاضطراب أكثر لدى الذكور الذين تقل نسب ذكائهم مقارنة بغير المضطربين ، وغالبا ما يكون فى تاريخهم سلوكيات مضادة للمجتمع مثل الجنوح والهروب من البيت والمدرسة، او سمات عصابية مثل البوال او عدوانية مثل القسوة على الحيوانات.

تشخيص هوس اشعال الحرائق :

١- اشعال النار عن قصد بغرض إحداث حريق أكثر من مرة .

٢- التوتر الذى يسبق الاشعال .

٣- الاعجاب او الاهتمام او الفضول بموقف الحريق .

٤- الاستمتاع او الاشباع او التخفف من التوتر عند اشعال النيران او مشاهدة آثارها .

٥- لا يكون اشعال الحرائق بغرض كسب مادى او احتجاج سياسى او لإخفاء جريمة او استجابة لضلالات او هلاوس.

التشخيص الفارق :

١- الحرائق عن إهمال مثل ترك أعقاب السجائر مشتعله .

٢- المرض العقلى (مثل الفصام او الاضطراب ثنائى القطبية) لعدم فهمه نتائج فعله او استجابة لهلاوس او ضلالات.

أسباب هوس اشعال الحرائق :

لقد عزى فرويد اشعال الحرائق الى رمزيتها للجنس وإثارته ودفئه ، وعزاها آخرون الى التعطش المرضى للقوة والمكانة الاجتماعية فبعضهم يقاوم النيران ببطولة واضحة وهى طريقة لافراغ الاحباط المتراكم من الشعور بالدونية الاجتماعية والجسمانية والجنسية . . وأشار عدد من الدراسات الى أن أباء مشعلى الحرائق يتغيبون عن البيت ولذا فإن اشعال الحرائق يعد تعبيرا عن رغبة عودة الأب الى البيت لإطفاء الحريق وانقاذ الطفل من الهلاك .

علاج هوس اشعال الحرائق :

فى حالات الاطفال يلزم العلاج النفسى سواء كان سلوكيا او تحليليا لوقايتهم من الاستمرار فى ذلك ، أما الكبار فعادة تكون دافعيتهم للعلاج ضعيفة ولذلك يلزم حصرهم ومتابعتهم كطريقة وحيدة للوقاية من خطرهم.

هوس خلع الشعر

Trichotillomania

وهى نزعات متكررة لجذب الشعر لدرجة خلعه يفشل الشخص فى مقاومتها وليس بسبب ضلالات او هلاوس ، ويشعر الشخص المصاب باحساس متزايد من التوتر قبل خلع الشعر مباشرة ويشعر بالراحة من خلع الشعر، وينتج عن ذلك مناطق خالية من الشعر وتكون فى الأماكن التى يسهل الوصول إليها من الرأس أساسا وأحيانا تكون الحواجب او رموش العين او اللحية، وبدرجة أقل فى شعر العانة وتحت الإبطين والجذع . . وقد يضع الشخص الشعر المخلوع فى فمه وعادة ينكر الشخص هذا السلوك رغم وجود مناطق خالية من الشعر يجاهد فى إخفائها، وقد توجد علامات أخرى من تشويه النفس مثل قضم الأظافر او الخربشة للجلد.

ويبدأ هذا الاضطراب فى الطفولة عادة ولكن بعض الحالات تحدث فى الكهولة ولكن هذه الحالات تعزى الى اضطراب ذهانى مصاحب، والاضطراب قد يتراجع او يستمر لعقدين من العمر وينتشر الاضطراب أكثر مما نظن خاصة بين المتخلفين عقليا والفصام واضطراب الشخصية الحدية وإن كانت المعلومات عن انتشاره غير كافية ويبدو أن انتشاره أكثر لدى النساء.

تشخيص هوس خلع الشعر :

١- فشل متكرر فى مقاومة نزعة جذب الشعر ينتج عنها مناطق خالية من الشعر.

٢- احساس متزايد بالتوتر قبل خلع الشعر مباشرة.

٣- شعور بالارتياح عند خلع الشعر .

٤- لا يرتبط بهذه النزعة ضلالات او هلاوس او التهاب جلدى فى نفس المنطقة .

التشخيص الفارق :

١- الوسواس القهرى . ٢- الاعراض الجسمية المتسحدثة .

٣- الامراض السيكوسوماتية. ٤- الصلع .

أسباب هوس خلع الشعر :

يرتبط بدء هذا الاضطراب بوجود عوامل ضاغطة نفسية واجتماعية او اضطراب علاقة الطفل بالأم او الخوف من تركه وحيدا او الحزن والاكتئاب كل هذه تعد عوامل مهيئه لحدوث الاضطراب، وإن كان البعض يقرر أن الهدف الأول من جذب الشعر هو تنبيه النفس.

العلاج :

يعطى علاج دوائى فى صورة مضاد للقلق له خواص مضادة للهستامين (مثل هيدروكسيزين- Hydroxyzine) اومضادات الاكتئاب او مضادات الذهان ويمكن استخدام العلاج السلوكى (التغذية المرتجعه) ويستخدم أيضا العلاج بالتنويم الإيحائى والعلاج النفسى الجماعى او الفردى (لتبصيره بديناميااته النفسية).

الفصل الثانى عشر

مقدمة :

شاب فى السابعة والعشرين من عمره يعمل ميكانيكا سافر للعمل فى الخارج مدة عامان وعاد ومعه مبلغ من المال وضعه فى شركة لتوظيف الأموال، وبعد أقل من شهرين فرضت الحراسة على هذه الشركة ، فأصابته حالة من الحزن والضيق واليأس وأصبح يثور لأتفه الأسباب مع الكسل ورفض العمل وعدم الاهتمام بمظهره ونقص شهيته للطعام .

هذا مثال لحالة اكلينيكية سوف نعرض لها فى هذا الفصل. . هل يمكنك بعد إعادة قراءتها وضع اهدافا تعليمية تبغى تعلمها ؟ ما هى هذه الاهداف ؟

اضطراب التأقلم

Adjustment Disorder

وهو تفاعل تكيفى لضاغط نفسى اجتماعى معروف(او لمجموعة ضغوط) يحدث خلال ثلاثة شهور من بدء العامل الضاغط ، ويظل مدة ستة شهور من زوال الضاغط او آثاره. . وتتحدد الطبيعة التكيفية للتفاعل إما بخلل وظيفى او اجتماعى اوظهور اعراض تزيد عن التفاعل العادى والمتوقع للعامل الضاغط ، او يتم اكتساب مستوى جديدا من التكيف فى حالة استمرار العامل الضاغط ويجب الاشارة فى التشخيص الى شدة الضاغط على المحور الرابع .

وقد يكون العامل الضاغط واحدا (مثل الطلاق)او متعدد (مثل مصاعب العمل والزواج) وقد يكون مترددا (مثل الضاغط المرتبط بتغيرات فصلية)، وقد يكون متصلا (مثل ضاغط نفسى اجتماعى مصاحب لمرض مزمن) .. وبعض الضغوط تصاحب أحداث نمو محددة مثل الذهاب للمدرسة او ترك منزل الوالدين فى زواج او ولادة الاطفال او الفشل فى تحقيق الاهداف الوظيفية او بلوغ سن التقاعد .

ولا تتحدد شدة التفاعل بشدة العامل الضاغط لأن الأمر يختلف حسب قابلية الناس فبعضهم قد يصاب باضطراب شديد بعد عامل ضاغط هين ، بينما آخرون يصابون باضطراب خفيف بعد تعرض لضاغط شديد جدا ومستمر.

ويجب عدم استخدام هذه المجموعة اذا اتفق الاضطراب مع دلالات اضطراب عقلي نوعي (مثل اضطراب الوجدان).

بدء اضطراب التأقلم ومساره :

يبدأ الاضطراب في أي سن خلال ثلاثة شهور من بدء حدوث العامل الضاغط ولا يظل أكثر من ستة شهور ولكن إذا كان العامل الضاغط حادا مثل الفصل من العمل فان بدء الاضطراب عادة يكون خلال أيام قليلة ومدته أيضا قصيرة نسبيا وفي بعض الحالات يظل العامل الضاغط (كما في حالة المرض المزمن) لوقت طويل ويحتاج المريض وقتا أطول ليصل إلى مستوى جديد من التكيف . . ومصير هذا الاضطراب حسن مع العلاج المناسب حيث يعود لسابق عهده وظيفيا واجتماعيا خلال ثلاثة شهور ،وقد يحتاج المراهقون وقتا أطول لاستعادة تكيفهم.

انتشاره:

ينتشر هذا الاضطراب بصورة شائعة خاصة لدى المراهقين ولكنه يحدث في كل الاعمار ويستوى فيه الذكور والإناث .

تشخيص اضطراب التأقلم :

يجب توفر الدلالات الآتية لتشخيصه :

١- يحدث الاضطراب كتفاعل لضاغط نفسى اجتماعى (او لضغوط متعددة) خلال ثلاثة أشهر من بدء هذا الضاغط .

٢- تتحدد طبيعة اضطراب التكيف كتفاعل بواسطة (أ او -ب-او كلاهما)

أ - الخلل الوظيفى او الاجتماعى .

ب - حدوث اعراض أكثر من التفاعل المعتاد والمتوقع لمثل هذا الضغط .

٣- الاضطراب ليس مجرد نوع من التفاعل المبالغ فيه للعامل الضاغط او تفاقم أحد الاضطرابات النفسية المفصلة مسبقا .

٤- اضطراب التكيف كتفاعل ظل لمدة لا تزيد عن ستة شهور بعد زوال العامل الضاغط وآثاره.

٥- لا يتفق الاضطراب مع مواصفات أى من الاضطرابات النفسية النوعية او الفقد غير المصحوب بمضاعفات .

أنواع اضطراب التأقلم :

يحدد طبقا للاعراض السائدة :

١- اضطراب التأقلم المصاحب بقلق وجدانى : عندما تسود الصورة الاكلينيكية اعراض الخوف والقلق والترقب.

٢- اضطراب التأقلم المصاحب باكتئاب وجدانى : عندما تسود الصورة الاكلينيكية اعراض الاكتئاب ومشاعر اليأس والعجز.

٣- اضطراب التأقلم المصاحب باضطراب السلوك :حيث يصاحب اضطراب التأقلم بانتهاك حقوق الآخرين اوقوانين المجتمع المناسبة لسن الشخص مثا

الهروب من المدرسة وتدمير الممتلكات العامة وقيادة السيارات بخطورة.

٤- اضطراب التأقلم المصاحب باضطراب وجدانى مختلط واضطراب سلوك أى المصاحب بأعراض قلق واكتئاب واضطراب السلوك.

٥- اضطراب التأقلم المصاحب بملامح انفعالية مختلطة مثل ثنائية الوجدان والغضب والاكتئاب والاعتمادية والقلق.

٦- اضطراب التأقلم المصاحب بشكاوى جسمانية :مثل الصداع والاجهاد وألم الظهر.

٧- اضطراب التأقلم المصاحب بالعزلة الاجتماعية : حيث تكون العزلة دون اعراض قلق او اكتئاب ظاهرة

٨- اضطراب التأقلم المصاحب بتدهور فى مستوى العمل او الدراسة : حيث يسود الصورة الاكلينيكية نقص الانجاز فى العمل او الدراسة لشخص كان انجازه مناسبا قبل ذلك وكثيرا ما يصاحب بقلق واكتئاب.

٩- اضطراب التأقلم غير النوعى : وهو ما يمكن تصنيفه ضمن الأنواع السابقة لاضطراب التأقلم.

التشخيص الفارق :

١- اذا ظلت اعراض اضطراب التأقلم لمدة أكثر من ستة شهور يغير التشخيص الى اضطراب عقلى آخر.

٢- اضطرابات الشخصية كثيرا ما تتفاقم بواسطة الضغوط ولا يجوز إضافة تشخيص اضطراب التأقلم إلا فى حالة ظهور اعراض جديدة للضاغط (مثل الاكتئاب الوجدانى فى شخصية بارانوية مضطربة لم تعان قبل ذلك من اكتئاب) حينئذ يوضع اضطراب التأقلم كتشخيص إضافى .

٣- فى العوامل النفسية المؤثرة على الحالة الجسمانية : قد يتفاعل الشخص للعامل الضاغط ولكن الاعراض السائدة اعراض جسمانية.

اسباب اضطراب التأقلم :

يترسب الاضطراب بعامل ضاغط ولكن شدة العامل الضاغط لا تحدد شدة الاضطراب حيث تشترك عوامل كثيرة مثل الشخصية وقيم المجتمع وتوقعاته للأسوياء من افراده ، ويتفاوت العامل الضاغط من حيث تعدده وتكراره واستمراريته وقد يصيب العامل فردا واحدا او أسرة بأكملها او مجتمعا بأكمله .. ولقد فسر (فرويد) حدوث الاضطراب لفرد دون آخر باختلاف البناء النفسى الذى يتفاعل مع الضغوط محدثا التثبيت ، وأكدت النظرية التحليلية على دور الأم والتربية فى طاقة الشخص على احتمال الضغوط اللاحقة فى حياته ، خاصة مفهوم (وينكوت)[١] عن الأم الطيبة التى تستجيب لاحتياجات الرضيع وتعطيه المساندة اللازمة للنمو وتحمل الاحباطات فى حياته.

العلاج :

يفضل العلاج النفسى فى حالات اضطراب التأقلم خاصة العلاج الفردى الذى يعطى فرصة لاكتشاف العامل الضاغط ومعناه بالنسبة للمريض ، وعلى المعالج ان يعى مشاكل المكسب الثانوى للمرض وما يقدمه الدورالمرضى من مكافآت للشخص ، ولذا فقد يكون تعاطف المعالج واهتمامه وتفهمه للمريض (اللازم لنجاح العلاج) هو نفسه قد يكون مكافأة على المرض تدعم الاعراض بدلا من ازالتها .. وأحيانا يفيد المريض من مضادات القلق او مضادات الاكتئاب فى حالة اشتداد اعراض القلق او الاكتئاب.

---

(١) وهو طبيب نفسى ومحلل نفسى وكان رئيسا لجمعية التحليل النفسى البريطانى ، واهتم بدراسة الطفل والأسرة والعلاقة بين الأم والطفل والعالم الخارجى .

الفصل الثالث عشر

حالات أخرى قد تمثل للعلاج

Other Conditions that may be a Focus
of Clinical Attention

وهى حالات ترتبط بالاضطرابات العقلية (النفسية) المذكورة مسبقا بأحد طريقين:

١- المشكلة هى بؤرة التشخيص او العلاج والشخص ليس لديه مرض نفسى مثل: مشكلة أحد الزوجين الذى لايوجد لديه مرض نفسى ولكنها فى العلاقة مع الطرف الآخر.

٢- الشخص لديه مرض نفسى ولكن ليس له علاقة بالمشكلة (مثل: أحد الزوجين الذى لديه رهاب محدد ولكن لديه مشكلة علاقة مع الطرف الآخر).

العوامل النفسية التى تؤثر فى حالة مرضية جسمانية

Psychological Factors Affecting Medical Condition

حيث توجد حاله مرضية جسمانية مشخصه على المحور الثا... وتتأثر بالعوامل النفسية بصورة عكسية (سلبية) بواحدة من الطرق الاتية:-

١- تؤثر فى مسار الحالة المرضية الجسمانية بواسطة علاقة مبدئية وثيقة بين العوامل النفسية وحدوث تقدم نحو الشفاء او انتكاس للحالة او تأخر شفاءها.

٢- العوامل تتداخل مع علاج الحالة المرضية.

٣- ... عوامل خطورة إضافية للشخص.

٤- علاقة الضغوط بالاستجابة الفسيولوجية حيث ترسب أو تتفاقم الاعراض اللحالة المرضية الجسمانية.

ويتم اختيار من الاتى 'طبيعة العوامل النفسية:

١- اضطراب عقلى يؤثر فى الحالة المرضية الجسمانية (وتذكر الحالة المرضية).

٢- أعراض نفسية تؤثر فى الحالة المرضية الجسمانية (تذكرالحالة المرضية).

٣- سمات شخصية تؤثر فى الحالة المرضية الجسمانية (تذكر الحالة المرضية).

٤- سلوك غير تكيفى يؤثر فى الحالة المرضية الجسمانية (تذكرالحالة المرضية).

٥- الاستجابة الفسيولوجية المرتبطة بالضغوط المؤثرة فى الحالة المرضية الجسمانية (تذكر الحالة أيضا).

٦- عوامل نفسية غير محددة تؤثر فى الحالة المرضية الجسمانية (تذكرالحالة أيضا).

اضطرابات الحركة الناتجة عن علاج طبى

Medication-Induced Movement Disorders

١- مرض الباركنسون (الشلل الرعاش) الناتج بتأثير مضادات الذهان.

الرعشة وتصلب العضلات بعد أيام من بدء العلاج Neuroleptic-Induced parkinsonisim

٢- اللزمة الخبيثة لمضادات الذهان Neuroleptic Malignant Syndrome .
تقلص شديد فى العضلات وارتفاع درجة الحرارة مع اعراض مصاحبة أخرى

٣- تقلص العضلات الحاد الناتج بتأثير مضادات الذهان Neuroleptic-Induced Acute Dystonia يأخذ المريض وضعا غير طبيعى او تقلص العضلات فى الرقبة او الرأس او الأطراف او الجذع وتحدث خلال أيام من بدء العلاج.

٤- الزلز الحاد الناتج بتأثير مضادات الذهان Neuroleptic-Induced Acute Akathesia عدم استقرار ملحوظ مع حركة وعدم ثبات الرجلين والانتقال من الارتكاز على أحدهما للأخرى .ويحدث خلال أسابيع قليلة من بدء العلاج.

٥- اضطراب الحركة الآجل الناتج عن مضادات الذهان Neuroleptic-Induced . Tardive Dyskinesia حركات لا ارادية تشبه الرقص أو الكنغ أو حركات إيقاعية فى اللسان او الفكين أو الاطراف ، تحدث بعد تعاطى مضادات الذهان على الأقل لعدة شهور.

٦- رعشة الوضع الناتجة بتاثير عقاقير طبية Medication-Induced Postrusal Tremor رعشة دقيقة خلال محاولة المحافظة على الوضع تحدث مع تعاطى عقاقير طبية.

٧- اضطراب حركة غير محدد فى مكان آخر وناتج بتأثير عقار طبى.

٨- اضطراب آخر ناتج بتأثير عقاقير طبية ويشمل التأثيرات الجانبية لعقاقير طبية غير محددة فى مكان آخر.

مشاكل العلاقات

١- مشكلة فى العلاقة تعزى لمرض نفسى أو حالة مرضية جسمانية.

٢- مشكلة علاقة والديه طفلية.

٣- مشكلة علاقة زواجية.

٤- مشكلة علاقة بين الإخوة.

٥- مشكلة علاقة أخرى غير محدودة فى مكان آخر.

مشاكل تعزى إلى الاهمال وإساءة المعاملة

Problems Related to Abuse or Neglect

١- إيذاء طفل بدنيا	Physical abuse of child
٢- انتهاك وإيذاء طفل جنسيا	Sexual abuse of child
٣- إهمال طفل	Neglect of child
٤- إيذاء بالغ	Physical abuse of adult
٥- إيذاء جنسى بالغ	Sexual abuse of adult

حالات إضافية تمثل للاهتمام الاكلينيكى

Additional conditions that may be a focus of clinical attention

١- عدم الانتظام على العلاج	Noncomplicance with treatment
٢- التمارض	Malingering
٣- سلوك البالغ المضاد للمجتمع	Adult Antisocial behaviour
٤- سلوك الطفل او المراهق المضاد للمجتمع	Child or adolescent Antisocial Behaviour
٥- وظيفة الذكاء الحدية	Borderline Intellectual functioning
٦- التدور المعرفى المصاحب لتقدم السن	Age-Related cognitive Decline
٧- الفقد	Bereavement
٨- مشكلة أكاديمية	Academic problem
٩- مشكلة وظيفية .	
١٠- مشكلة هوية	Identity problem

١١- مشكلة دينية .

١٢- مشكلة تغيير الثقافة — Acculturation problem

١٣- مشكلة مرحلة حياتية — Phase of life problem.



الفصل الرابع عشر

مقدمة:

١- رجل فى الخمسين من عمره فى منصب كبير شكاك لا يثق فيمن حوله حتى مساعديه ويندفع فى مقاضاة الآخرين لأتفه الاسباب ، حذر جدا فى معاملاته مع الآخرين لا يسمح لأحد مهما كان بانتقاده ، واذا حاول أحدهم عرض وجهه نظر مخالفة كان عدائيا تجاهه وربما حول الأمر للقضاء، رغم أنه يحترم جدا من هم أعلى منه منصبا ويملكون عليه سلطان.

٢- رجل فى الأربعين من عمره لم يصب سوى قدرا يسيرا من التعليم حصل بطريقة ما على قطعة أرض للبناء السكنى فاستغلها فى النصب على طالبى السكنى بأخذ مقدمات تمليك منهم ، كما أخذ قروضا من البنوك ولم يف بأى من التزاماته مما ترتب عليه صدور أحكام قضائية ضده ، حيث فرضت الحراسة على ممتلكاته وتم وضعه فى السجن.

٣- سيدة فى التاسعة والعشرين من عمرها تهتم بمظهرها جدا وترغب فى لفت الأنظار إليها خاصة الرجال التى تتعامل معهم باغواء وتدلل ، وتضخم الأحداث البسيطة وتعبر عن معاناتها فى درامية استعراضية كما أنها باردة فى علاقتها الجنسية مع زوجها وسطحية التفكير والانفعال ولديها قابلية للإيحاء.

٤- رجل فى الأربعين من عمره منظم ودقيق وغير مرن فى تعاملاته مع الآخرين مسيطرا فى فرض رأيه وأسلوبة على أهله ، يمنطق الأمور ويدرسها بتفاصيل ورغم ذلك يؤجل قراراته خوفا من الخطأ ، ذو ضمير قاس شديد الانتقاد لنفسه والآخرين، بخيل فى تعاملاته المادية لا يعبر عن سعادة الا نادرا مع حساسية شديدة للانتقاد.

هذه أمثلة لشخصيات نتعامل معها وقد لا تحضر لطلب المساعدة الطب نفسية سوف نعرض لها فى هذا الفصل . هل يمكنك بعد إعادة قراءتها وضع اهداف تعليمية تبغى تعلمها ؟ ما هى هذه الاهداف ؟

اضطرابات الشخصية

تعرف اضطرابات الشخصية بأنها الأنماط من الشخصية التى تكون غير مرنة وغير متكيفة وينشأ عنها فشل اجتماعى أو وظيفى أو معاناة ذاتية ويمكن التعرف على مظاهر اضطراب الشخصية من المراهقة أو قبلها و تستمر معظم الحياة البالغة برغم أنها تصبح أقل وضوحا فى منتصف العمر أو الشيخوخة .

ويجب أن لا تشخص اضطرابات الشخصية الإ عندما تكون ملامحها المميزة منطقية على الشخص لوقت طويل من حياته وليست مقتصرة على فترة بعينها وليست لها بداية محددة وإنما تتطور مع نمو الشخص

وكثيرا ما يكون مضطرب الشخصية غير راض بسبب تأثير سلوكه على الآخرين أو لعدم قدرته على الأداء الفعال لوظيفته . وقد يحدث هذا حتى فى حالة كون الأنماط المؤدية إلى هذه الصعوبات متوافقة مع الأنا (أى أن سمات الشخصية لا تعتبر مرفوضة من الشخص نفسه) وفى حالات أخرى قد تكون الأنماط غير متوافقة مع الأنا ولكن يجد الشخص صعوبة فى تغييرها رغم ما يبذله من محاولات . . و اضطرابات الوجدأن (القلق والاكتئاب) شائعة كشكوى رئيسية مصاحبة لاضطراب الشخصية .

• تشخيص اضطرابات الشخصية فى الطفولة و المراهقة :

هناك اضطرابات شخصية محددة تعزى إلى مجموعات تشخيصية نمطية ضمن الأضطرابات التى تظهر فى الطفولة أو المراهقة فمثلا اضطراب السلوك قد يؤدى إلى اضطراب الشخصية المتجنبة واضطراب الهوية قد يؤدى إلى اضطراب الشخصية الحدية . . ولذا فإن تشخيص اضطراب السلوك أفضل من تشخيص

اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع فيمن هم دون الثامنة عشرة، حيث أشارت الدراسات إلى أن عديدا من الأطفال ذو السلوك المضاد للمجتمع لا يستمرون يظهرون سلوكا مضاد للمجتمع فى الرشد، كما أن اضطراب السلوك قد يشخص فى الرشد عندما تتوافر السمات الكاملة لاضطراب الشخصية المضادة للمجتمع . . ويشخص اضطراب الشخصية التجنبية والحدية فى الأطفال والمراهقين أفضل من تشخيص المجموعات المناظرة فى الطفولة اذا وجدت سمات اضطراب الشخصية بعمق وثبات وليس محصورا فى مرحلة نمو . . أما المجموعات الأخري لاضطراب الشخصية فقد تطبق فى الحالات غير المعتادة التى توجد فيها سمات خاصة من سوء التكيف وتبدو ثابته.

• بداية اضطراب الشخصية ومسارها :

يبدأ اضطراب الشخصية فى المراهقة (وأحيانا قبلها) أو بداية الرشد وتظل معظم حياة الشخص وهم يضايقون الآخرين بسلوكهم فتضطرب علاقاتهم بالأخرين ولا يحركهم دافع للعلاج فيظلون على حالهم من الأضطراب وعدم الإستبصار.

• تصنيف اضطرابات الشخصية :

تصنف اضطرابات الشخصية إلى ثلاث مجموعات هى :

١- مجموعات (أ) وتشمل الشخصيات الإضطهادية والشبه فصامية وفصامية النوع. . و أصحاب هذه

الشخصيات يبدون غيريبو الأطوار منعزلون

٢ - مجموعة (ب) وتشمل الشخصيات المضادة للمجتمع والحدية والنرجسية وشبه الهستيرية وهؤلاء دراميون

أنفعاليون ذوو شطط

٣ - مجموعة (ج) وتشمل الشخصيات المتجنبة والاعتمادية والوسواسية والعدوأنية السلبية وهم قلقون خائفون

٤ - مجموعة متبقية تشمل اضطراب الشخصية غير المحدد فى مكان آخر ويمكن استخدامه فى اضطرابات .

الشخصية الأخرى أو الحالات المختلطة التى لا تتفق مع الأنواع المحددة لاضطراب الشخصية الموصوفة فى (أ)

الأنواع السابقة .

وأحيانا يصعب وضع تشخيص واحد لاضطراب الشخصية حيث توجد سمات أكثر من واحدة حيئنذ يشخص أكثر من اضطراب للشخصية

أسباب اضطراب الشخصية :

١- عوامل بيولوجية :

أ - الجينات الوراثية : لوحظ زيادة كبيرة فى معدل تطابق الشخصية لدى التوائم المتماثلة عنه لدى التوائم غير المتماثلة كما لوحظ زيادة المجموعة (أ) من اضطرابات الشخصية (الاضطهادية وشبه الفصامية وفصامية النوع) بين أقارب الفصامين وهناك تهيئه جينية مشتركة فى الشخصية المضادة للمجتمع وادمان الكحول ويشيع الإكتئاب فى الأسر التى ينتمى إليها أصحاب الشخصية الحدية كما أن هناك ارتباطا وثيقا بين الشخصية الهستيرية واضطراب التجسيد .

ب- الدراسات البيوكيميائية : حيث أشارت أن الاشخاص المندفعين لديهم معدل مرتفع من هرمون التستوستيرون ويرتبط بزيادته أيضا العدوأن والسلوك الجنسى وأشارت إلى أن إنخفاض معدل الأنزيمات المؤكسدة للأمينات الأحادية فى الصفائح الدموية يرتبط بالنشاط والاجتماعية فى قرود التجارب وتأكد ذلك فى دراسة على طلاب الجامعة .

جـ- عوامل عصبية : لوحظ ارتباط التلف الطفيف فى الدماغ فى الطفولة يرتبط بحدوث الشخصية المضادة للمجتمع بعد ذلك.

٢- النظرية التحليلية : اعتقد (فرويد) أن سمات الشخصية تنتج من التثبيت على مرحلة ما من مراحل النمو ومن التفاعل بين النزعات والاشخاص فى البيئة وحدد عدة أنواع للشخصية طبقا لذلك هى :

(١) الشخصيات الفمية : الذين يكونون سلبيين ومعتمدين ويفرطون فى تعاطى الطعام وما يشبهه.

(٢) الشخصيات الشرجية : وتتميز بالصرامة والبخل والدقة والعناد .

(٣) الشخصيات الوسواسية : الذين يكونون متصلبين يسيطر عليهم الأنا الأعلى المتميز بقسوته .

(٤) الشخصيات النرجسية : ويتميزون بالعدوان والتمركز حول الذات[١] .

٣ - عوامل اجتماعية تثقافية :

لوحظ أن التفاعل الذى يحدث بين مزاج الطفل ومزاج الأب (أو الأم) أو من ينوب عنه أثناء التربية فى الطفولة فالطفل القلق الذى ترعاه أم قلقه يكون لديه قابلية أكثر لاضطراب الشخصية من الطفل الذى تربيه أم هادئه كما أن الثقافات التى تنمى العدوان وتشجع عليه تهيئ لاضطراب الشخصية الاضطهادية أوالمضادة للمجتمع ولوحظ أن البيئة المعيشية الضيقة تظهر الطفل أكثر حركة بينما البيئة المتسعة لحركته تظهره طبيعيا سواء كأن ذلك فى فصل دراسى أم منزل .

وفيما يلى تفصيل لاضطراب الشخصية كل نوع على حدة :

---

(١) التفاصيل عن لشخصية واسهامات المدارس المختلفة فى فهمها ذكرت من فصل الشخصية.

١ - اضطراب الشخصية الاضطهادية (البارانوية)

وتتميز بالشك غير المنطقى وعدم الثقة فى الناس بوجه عام ولا يعترفون بمسئوليتهم عن مشاعرهم بل يعتبرون الآخرين مسئولين عنها فأفعال الناس محقرة له أومهددة . . فغالبا يوجد لدى الشخص توقع أنه مضطهد أو أنه يؤذى من الآخرين بطريقة ما وكثيرا ما يتشكك الشخص المصاب بهذا الاضطراب دون منطق فى ولائه لأصدقائه أوثقته فيهم وغالبا يكون لديه غيرة مرضية حيث يدعى دون مبرر خيانة شريك حياته وتفجر المواقف الجديدة شعوره بالاحتقار والتهديد ويسهل استفزاز مثل هذا الشخص فيندفع فى شجار لا داعى له وقد يحمل الكراهية لوقت طويل ولا ينسى الإساءة ويتردد أن يثق فى الآخرين لخوف أن تستخدم المعلومات (التى يدلى بها) ضده . والمصابون بهذا الاضطراب عادة متيقظين بدرجة زائدة ويأخذون حذرهم ضد أى تهديد ويتجنبون اللوم حتى عندما يكون لسبب منطقى وينظر اليهم الأخرون على أنهم حذرين كتومين غير مباشرين ومدققين

وعندما يوجد صاحب الشخصية البارانوية فى موقع جديد فإنه يبحث بشدة لتأكيد توقعاته دون فهم الإطار العام واستنتاجهم النهائى عادة يحسم ما توقعوه فى أول الأمر وغالبا تكون لديهم أفكارا إشارية عابرة مثل أن الآخرين يلحظونه بشكل خاص أويقولون عنه أشياء غير سارة .

لأعراض المصاحبة لاضطراب الشخصية الاضطهادية :

سرعة الاستثارة وتعقيد الأمور فهم يضخمون الأمور الصغيرة (يعملون من الحبة قبه) ولديهم صعوبة فى الاسترخاء ويبدون مشدودين ولديهم ميول للشجار عند أى تهديد وينتقدون الآخرين وغالبا يحولون الأمور إلى المحاكم والقانون ولديهم صعوبة فى قبول النقد لأنفسهم . . وفعالية أصحاب الشخصية البارانوية محدودة وقد يظهرون (باردين) تجاه الآخرين ليس لديهم إحساس حقيقى بالفكاهه وقد يفخرون بأنهم دائما موضوعيون ومنطقيون وأنهم غير انفعاليين وتنقصهم الرقة والمشاعر الطيبة من الرأفة

وأحيانا يرون من قبل الآخرين كملاحظين حاسمين ذوطاقة عالية شكاكين وقادرين ولكن الأكثر هوظهورهم كعدائيين عنيدين دفاعيين ومتصلبين رافضين للحلول الوسط وكثيرا ما يختلقون المصاعب والتعقيدات ويثيرون الخوف لدى الآخرين فهم غالبا يخافون من فقد استقلالهم أو تشكيل قوة الاحداث طبقا لرغابتهم . . وعادة يتجنبون الألفة عدا مع اولئك الذين يثقون فيهم ثقة مطلقة ويظهرون حاجة شديدة ليكونوا مكتفين ذاتيا بسبب التمركز حول الذات وتضخيم اهمية الذات ويتجنبون المشاركة فى الأنشطة الجماعية إلا إذا كانوا فى موقع مسيطر

ويلاحظ اهتمام أصحاب الشخصية الاضطهادية بالالكترونيات والآلات الذاتية ولايهتمون بالفن أوالاحساس الجمالى ويعون بشدة موقع القوة ومن هو أعلى ومن هو أدنى وغالبا يحسدون من هو فى موقع القوة ويحتقرون من يرونهم ضعفاء أومرضى . . وهم عرضه للشعور بأعراض ذهانية عابرة فى فترات التعرض للضغوط

مسار اضطراب الشخصية الاضطهادية ومضاعفاتها ومآلها:

تبدأ فى بداية الرشد ولا توجد دراسات تتبعية طويلة للشخصية الاضطهادية تحدد مسارها ولكن فى بعض الحالات يكون الاضطراب طيلة الحياة وفى بعضها يكون بداية للفصام أولاضطراب ضلالى وفى بعضها تقل حدة الاضطراب بالنضج ونادرا ما يبحث المصاب به عن علاج خاصة وأن بعضهم متعاظمون ويمثلون كقادة لجماعات متطرفة . . والاعاقة تكون فى صورة مشاكل فى العمل خاصة فى العلاقة بالسلطة أوالمساعدين وفى الحالات الشديدة تختل العلاقات بصورة بارزة .

التشخيص الفارق :

١- الاضطراب الضلالى والفصام الاضطهادى : حيث يتميزأن بأعراض ذهانية ثابتة .

٢- الشخصية المضادة للمجتمع : وتشترك معها فى صعوبة إقامة علاقات اجتماعية ونقص الأنجاز الوظيفى.

٣ - الشخصية شبه الفصامية : وتتميز بالغرابة والبرود والانزواء ولكن ليس لديه أفكار اضطهادية بارزة .

علاج الشخصية الاضطهادية :

يعتبر العلاج النفسى هو المفضل فى هذه الحالة ولكن على المعالج أن يعى أن مناطق الثقة والألفة والتحمل من قبل المريض مضطربة، ولذا يلزم معالج متمرس. . والعلاج الجماعى غير مناسب لهؤلاء المرضى. . أحيانا يلزم بعض العقاقير فى حالات الفوران الداخلى أوالقلق وفى بعض الحالات قد يكفى عقار (الديازيبا)، وأحيانا يلزم مضادات ذهأن مثل (الهالوبيريدول) بجرعات قليلة ولفترات قصيرة .

٢ - اضطراب الشخصية شبه الفصامية

ويتميز المضطربون بنمط يسود حياتهم من العزلة الاجتماعية وعدم التمايز للعلاقات الاجتماعية وضيق المدى الانفعالى خبرة وتعبيرا وتبدأ فى أول الرشد. . وهم لا يرغبون ولا يستمتعون بالعلاقات الحميمة فيفضلون أن يظلوا وحيدين ليس لهم اصدقاء مقربين يثقون بهم أويكون واحدا فقط بالاضافة إلى أقارب الدرجة الأولى ولذا فهم دائما يختارون انشطة فردية وهم غير معبرين (عدم تمايز) فى حالات المدح أوالذم ونادرا ما يخبرون أنفعالات قوية مثل الغضب والسرور فهم فى الحقيقة ضيقوا الوجدان ولذا يبدون باردين ومتباعدين وجدانيا .

ويصاحب ذلك عدم القدرة على إظهار العداء وغموض الأهداف والانطواء ولنقص المهارات الاجتماعية أوالرغبة فى خبرات جنسية فإن الذكور المصابين بهذا الاضطراب عادة غير قادرين على إقامة ألفة مع امرأة أوالزواج منها ونادرا ما يتزوجون .

البداية والمسار والإعاقة :

تبدأ الشخصية شبه الفصامية فى الطفولة وتظل لفترة طويلة ولكن ليس بالضرورة أن تظل طيلة الحياة، وليس معروفا النسبة التى تتحول منها إلى اضطراب الفصام وتتمثل الإعاقة فى ضيق العلاقات الاجتماعية وقد يختل الأداء الوظيفى خاصة إذا لزم الاندماج مع آخرين، ولكن من ناحية أخرى قد يكونون قادرين على زيادة الأداء الوظيفى فى المواقف التى تستدعى انجازا عمليا فى ظروف معزولة اجتماعيا .

الأنتشار :

رغم ملاحظة أنتشار هذا النمط من الشخصية إلا أن حصرها فى الممارسة الاكلينكية قليل .

التشخيص الفارق :

١- الشخصية فصامية النوع يوجد شطحات غريبة فى التفكير والسلوك ولهم أقارب فصاميون بخلاف شبه الفصامية .

٢ - اضطراب الشخصية التجنبية : ترجع العزلة الاجتماعية لزيادة الحساسية للرفض وتوجد رغبة فى عمل علاقات اجتماعية ولكن يحتاج لضمانات قوية للقبول وعدم النقد.

٣ - اضطراب الشخصية الاضطهادية : وتتميز ببروز الافكار الاضطهادية .

علاج الشخصية شبه الفصامية :

يشبه العلاج فى حالة الشخصية الاضطهادية ولكن صاحب الشخصية شبه الفصامية يتفق مع توقعات المعالج من الاستبطان ورؤية الذات من الداخل، ولكن يفرط فى الخيال مستغلا ثقة المعالج. ولكن العلاج الجماعى مفيدا له أيضا (شريطة أن تحميه المجموعه من نوباته العدوأنية) حيث تتيح له تفاعلا إجتماعيا

٣ - اضطراب الشخصية فصامية النوع

تتميز الشخصية فصامية النوع بنمط متعمق من غرابة التفكير والمظهر والسلوك وقصور فى العلاقات مع الآخرين وليست شديدة بما يكفى لتشخيص الفصام.. يضطرب فيها محتوى التفكير حيث يشمل أفكارا اضطهادية والتشكك وأفكارا إشارية واعتقادات غريبة وتفكير سحرى لا يتفق مع أسوياء بيئته ويؤثر على سلوكه مثل الاعتقاد فى الخرافات والكشف والتخاطر أوالحاسة السادسة (عندما لا يكون ذلك جزء من نظام الثقافة السائدة)، فى حالة الاطفال المراهقين قد توجد خيالات غريبة أو انشغالات أوخبرات ادراكية غير معتادة قد تشمل الخداعات والاحساس بوجود قوة أوشخص ليس موجود فعلا ويظهر فى كلام الشخص غرابة ملحوظة، ولكن لا يشير إلى فقد الروابط أوعدم التناسق ويكون الكلام غامضا أوغير مناسب التجريد وقد يعبر عن المفاهيم بغرابة وغموض وقد يستخدم الكلمات بطريقة غير معتادة .. والمصابون بهذا الاضطراب ذوو سلوك ومظهر غريبين وهامشيين.

وعلاقتهم مع الآخرين مختلة إلى حد كبير بسبب نقص التعبير الوجدانى وسخافتهم البادية فنادرا ما يظهرون تعبيرات بالوجه مثل الابتسام أو الإيماء وليس لهم أصدقاء مقربين، وأحيانا صديق واحد فقط وينتابه القلق إلى أقصى درجة فى المواقف الاجتماعية التى تضم أشخاصا غير مألوفين لديه .

ويصاحب اضطراب الشخصية الفصامية النوع بخليط من القلق والاكتئاب وأحيانا بملامح من الشخصية الحدية وخلال فترات التعرض للضغوط الشديدة قد

تظهر أعراض ذهانية ولكنها لا تكفى لإضافة تشخيص الذهان.

المسار والتنبؤ بالمآل :

لوحظ أن (١٠٪) من مضطربى الشخصية فصامية النوع ينتحرون وبعضهم يتحول إلى فصام وتشير الملاحظات الاكلينيكية أن هذه الشخصية هى شخصية قبل المرض فى حالات الفصام، ولكن العديد من أصحاب الشخصية فصامية النوع يمكنهم أن يتزوجوا ويعملوا رغم غرابة طباعهم .

الإنتشار:

يصل معدل انتشار اضطراب الشخصية فصامية النوع إلى (٣٪) وتكثر بين أقارب الدرجة الأولى للفصاميين .

التشخيص الفارق :

١- الفصام (النوع المتبقى) : وفيه تاريخ لمرحلة فصام نشطة .

٢ - اضطراب الشخصية شبه الفصامية والتجنبية :لا يوجد فيهما غرابة فى التصرفات والتفكير والادراك والكلام .

٣ - اضطراب الشخصية الحدية : إذا وجدت دلالات كلاهما يوضع التشخيصأن.

٤ - اضطراب الشخصية الاضطهادية : ويسيطر عليها الشك والأفكار الاضطهادية دون غرابة فى التصرفات.

علاج الشخصية فصامية النوع :

تعطى مضادات الذهأن لتخفيف أعراض اضطراب التفكير والادراك مع العلاج النفسى .

٤ - اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع

وتتميز بالسلوك المضاد للمجتمع المستمر بدءا من الطفولة أوبداية المراهقة وتظل للحياة البالغة. . وعلاماتها فى الطفولة هى الكذب والسرقة والهروب من البيت أوالمدرسة وأنتهاك حقوق الآخرين والشجارات والاعتداء الجسمانى على الأخرين، ويستمر النمط المضاد للمجتمع فى الكبر حيث يفشل الشخص فى العيش شريفا كأب أومسئول كما يفشل فى المحافظة على عمله وفى الانصياع لقوانين المجتمع فيكرر الأفعال المضادة للمجتمع فيكون عرضة للمساءلة القأنونية.

وأصحاب الشخصية المضادة للمجتمع يكونون سريعوا الاستثارة عدوانيون ويتصرفون بإهمال دون مراعاة لسلامة الآخرين (مثل قيادة السيارة وهم مخمورون) وفى علاقاتهم الجنسية لا يحافظون على علاقة واحدة لأكثر من سنة ولا يلومون أنفسهم عندما يسيئون بتصرفاتهم للآخرين .

ويصاحبها أعراض الإدمان والممارسات الجنسية المبكرة وأعراض اضطراب التجسيد مع التوتر وعدم القدرة على تحمل الملل والاكتئاب وتضطرب علاقاته بالآخرين بسبب تصوفاته التى تسيئ للآخرين واقتناعه أنهم عدائيون تجاهه، ويفشل فى المحافظة على علاقة حميمة ومسئولة مع أسرة أو أصدقاء أوشريك جنسى .

ويكثر ظهور أصحاب الشخصية المضادة للمجتمع فى صورة النصابين الذين يجيدون خداع الناس والاستيلاء على أموالهم أوالأموال العامة وأحيانا لا تظهر الشخصية المضادة للمجتمع فى الطفولة ولا تتداخل مع إنجاز الشخص الدراسى فينجح دراسيا، وقد ينجح سياسيا واقتصاديا ولا تظهر عليه الصورة الكاملة للاضطراب ويستغل موقعه العملى لصالحه دون إعتبار لقيم ودون لوم للنفس أومراعاة لصالح المجتمع .

بدء اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع ومساره :

البداية فى الطفولة فى صورة اضطراب السلوك عادة قبل سن الخامسة عشرة حيث يبدأ لدى الأولاد فى الطفولة ولدى البنات فى المراهقة، وقد يقل السلوك السيئ المزاد للمجتمع بعد سن الثلاثين . . وغالبا يحدث الفشل فى الانجاز الدراسى عندما يبدأ الاضطراب فى الطفولة وقد يصاب أويهلك من جراء سلوكه المضطرب.

الأنتشار :

قدر معدل أنتشار اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع (فى أمريكا مثلا) بنسبة (٣٪) لدى الرجال ونسبة (١٪) لدى الإناث، وهومعدل ليس بالقليل ولعل سببه هو شيوع اضطراب السلوك لدى الاطفال فى العقدين الأخيرين بسبب انتشار أفلام العنف وغياب الأب والأم فى العمل. . ويكثر اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع فى الأحياء الفقيرة والمزدحمة بالسكان وزيادة عدد الأطفال فى الأسرة بما يقلل رعاية ومتابعه الوالدين لهم، ويزداد معدل الانتشار إلى خمس مرات بين أقارب الدرجة الأولى من الذكور، وكذلك يزداد انتشار هذه الشخصية بين أقارب مضطربى التجسيد والمدمنين .

التشخيص الفارق :

١- اضطراب السلوك : يتكون من علامات نموذجية فى الطفولة لاضطراب الشخصية المضادة للمجتمع ولكن السلوك قد ينتهى تلقائيا أويتحول إلى اضطراب آخر مثل الفصام، ويجب أن لايشخص الأطفال باضطراب الشخصية المضادة للمجتمع فهوخاص بمن أتموا الثامنة عشرة من العمر وأظهروا نمطا كاملا لفترة طويلة.

٢ - السلوك المضاد للمجتمع لدى البالغ : الذى لا يتفق مع المواصفات الكاملة لاضطراب الشخصية المضادة للمجتمع، ولا يعزى سلوكه المضاد للمجتمع

لاضطراب نفس آخر .
٣ - الإدمان .
٤ - التخلف العقلى والفصام : لا يشخص مع أى منهما اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع إلا فى حالة وجود نمط واضح من السلوك المضاد للمجتمع.
٥ - نوبات الهوس : ويميزها غياب اضطراب السلوك فى الطفولة والطبيعة النوابية ذات البداية المحددة .

علاج اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع :

قبل بدء العلاج يجب أن يجد المعالج طريقة لوقف سلوك الشخص التدميرى لنفسه وعلى خوفه من الألفة والصداقة مع الآخرين وجعله يتفاعل معهم دون خوف من الألم الناجم عن التفاعل، ومن أكثر الطرق فائدة فى علاجهم هى المجموعات المكونة منهم لمساعدتهم حيث يتعاطفون مع الشخص ويعطونه الاحساس بالأبوة الذى حرم منه خلال طفولته، وأحيانا تلزم عقاقير لعلاج الاعراض المصاحبة مثل القلق أوالاكتئاب .

٥ - اضطراب الشخصية الحدية

وتتميز بالنمط المتعمق من عدم استقرار صورة الذات والعلاقات بين الأشخاص والوجدان ويعد المصابين بهذا الاضطراب على الحافة بين العصاب والذهان، وأطلق عليه عدة أسماء (الفصام المتغير) و(الفصام العصابى الكاذب) و(الشخصية ذهانية السمات) و(الشخصية غير المستقرة عاطفيا) .. ويميزها أيضا اضطراب الهوية الثابت وعدم التحديد فى نواحى حياته المختلفة مثل صورة الشخص عن ذاته وأهدافه البعيدة واختيار العمل ونوع الأصدقاء والشريك الجنسى والقيم التى يتباناها، وغالبا يشعر بعدم الثبات لصورة الذات كاحساس مزمن بالفراغ .

وعادة ما تكون علاقة المضطرب بالأشخاص غير مستقرة وحادة وتتميز

بتغيرات متطرفة من المثالية الزائدة إلى الاحطاط القيمى مع عدم ثبات الانفعال حيث يكون الغضب أحيانا غير مناسب للموقف وغالبا ما يفقد الشخص سيطرته على نفسه فيبدو كثير العراك والشجار وهومندفع فى تصرفاته خاصة فى الأنشطة التى تكون مدمرة للنفس مثل الادمان وقيادة السيارات باستهتار وسرقة المحلات. . وكثيرا ما يهدد الانتحار ويشوه نفسه بهدف التلاعب بالآخرين وعند زيادة الضغط عليه قد يصاب بخدر نفسى أواختلال الإنية .

ويصاحب اضطراب الشخصية الحدية بملامح من الاضطرابات الأخرى للشخصية مثل فصامية النوع والهسيترية والنرجسية والمضادة للمجتمع وخلال فترات الضغط الشديد قد تحدث أعراض ذهانية عابرة ولكنها غير كافية الشدة أوالمدة لعمل تشخيص إضافى .

بدء اضطراب الشخصية الحدية ومساره :

يبدأ الاضطراب مبكرا فى الرشد ويتميز بعدم الثبات ولكنه لا يتحول إلى فصام بل إلى نوبات اكتئاب عظمى، وأحيانا يتحول إلى تفاعل ذهانى قصير المدى ومن أهم مضاعفاته الانتحار .

الأنتشار :

ينتشر الاضطراب بصورة ملحوظة بين عامة الناس ولكن لا توجد دراسات لمعدل انتشاره ويعتقد أنه يصل إلى (٢٪) وهو أكثر بين النساء.

التشخيص الفارق :

١- اضطراب الهوية : الصورة الاكلينيكية فيهما متشابهه ولكن إذا وجدت دلالات اضطراب الشخصية وكان الاضطراب ثابتا وعميقا وغير مرتبط بمرحلة نمو فإنه يشخص اضطراب الشخصية الحدية .

٢ - السيكلوثيميا : يوجد فيها عدم الثبات الوجدانى ولكن توجد نوبات الهوس التى تميزها .

علاج اضطراب الشخصية الحدية :

يعد العلاج النفسى هو أفضل أنواع العلاجات للشخصية الحدية مع إضافة العلاج الكيميائى كمصاحب للعلاج النفسى ويعتبر العلاج النفسى لهذه الحالات من الأمور العسيرة على كل من المعالج والمريض، حيث يميل المريض للنكوص والتفعيل لنزعاته فيظهر طرحا موجبا أوسالبا تجاه المعالج وقد يكون هذا الطرح ثابت أومتقلبا دون سبب يفسر ما يحدث، كما أن حيلة الإنشقاق الدفاعية تجعل صاحب الشخصية الحدية يتردد بين الحب والكراهية للمعالج وموضوعات البيئة المحيطة به .

والعلاج الكيميائى يشمل مضادات الذهان أحيانا ومضادات الاكتئاب والقلق أحيانا أخرى وأحيانا مضادات الصرع .

٦ - اضطراب الشخصية الهستيرية

ويتميز بنمط متعمق من الانفعالات الشديدة وجذب الانتباه والمصاب به يبحث دائما عن الطمأنة أوالموافقة أوالإعجاب من الآخرين، ولا يستريح فى المواقف التى لا يكون فيها محور الاهتمام ويتميز بتقلب وجدانى سريع وعواطف سطحية وسلوكهم تفاعلى أكثر من اللازم، والمثيرات الضئيلة تعطى إثارة إنفعالية مبالغ فيها ويعبرون عن إنفعالاتهم بحدة وبطريقة غير مناسبة وهم مركزين حول أنفسهم ولا يتحملون الإحباط من تأخر الاشباع وأفعالهم موجهه للإشباع المباشر .

ويتسم أصحاب الشخصية الهستيرية بالجاذبية والإغواء ويبدون لامعين ومشغولين أكثر من اللازم بجاذبيتهم الجسمانية وطريقتهم فى الكلام تعبيرية تنقصها التفاصيل (مثل من يصف رحلة بأنها كأنت خيالية دون قدرته على أن يكون أكثر تحديدا)

ويصاحب اضطراب الشخصية الهستيرية الميول الدرامية وتضخيم الأحداث والعلاقات وأخذ ذور الضحية أحيانا دون الوعى بذلك، مع رغبة شديدة للإثارة

والملل من الحياة الروتينية، ويصفهم الآخرون بأنهم سطحيون لامعون وغير حقيقيين وغالبا يكونون صداقات سريعة بعدها يصبحون منطوين على أنفسهم ودائما يحتاجون إلى المساعدة والطمأنة لشعورهم بالعجز والاعتمادية وأفعالهم غير ثابته غالبا وقد يسيئ الآخرون فهمهم .

وفى علاقاتهم بالجنس الآخر يحاولون السيطرة عليه فى علاقة إعتمادية كثيرا ما يكونون رومانسيين، وعلاقاتهم الجنسية متفاوتة فبعضهم داعر وبعضهم ليس لديه خبرة جنسية ولا يستجيب وبعضهم يبدون أسوياء فى سلوكهم الجنسى ويظهرون إهتماما قليلا بالانجاز الذكائى والتفكير التحليلى ولكنهم غالبا خلاقين ولديهم قدرة على التخيل ويتأثرون بالآخرين وقابلين للإيحاء ويظهرون استجابة مبدئية موجبه لأى شخص صاحب سلطة قوية، ويعتقدون أنه يمكن أن يقدم الحلول السحرية لمشاكلهم وحكمهم على الأمور ليس عميق الجذور وعادة يتوجهون طبقا للتخمينات وتكثر شكواهم من ضعف الصحة والاعراض الجسمانية مع إختلال الإنية، وخلال فترات الضغط الشديد قد تصيبهم اعراض ذهانية عابرة لا تكفى لتشخيص ذهانى .

بدء اضطراب الشخصية الهستيرية ومساره :

فى بداية الرشد يظهر اضطراب الشخصية الهستيرية وتقل الأعراض بتقدم السن وغالبا تضطرب علاقته بالآخرين، وتكون غير مشبعه وقد يحدث له تفاعل ذهانى قصير المدى أواضطراب التحويل واضطراب التجسيد.

الإنتشار :

هذا الاضطراب شائع خاصة بين الإناث وبين الأقارب من الدرجة الأولى ويرتبط باضطراب التجسيد والكحولية.

التشخيص الفارق :

١- **ضطراب التجسيد** : وفيه تكون الشكوى من المرض الجسمانى برغم وجود أعراض الشخصية الهستيرية وقد يوجدأن معا .

٢ - **الشخصية الحدية** : كثيــرا ما تكــون مصــاحبة وكــذلك الشــخصية النرجسية .

علاج اضطراب الشخصية الهستيرية :

غالبا هؤلاء المرضى لا يعون مشاعرهم الحقيقية ولذا فإن توضيحها لهم يكون خطوة هامة فى العلاج الذى يلزم أن يكون نفسيا تحليليا، وتعطى معه بعض العقاقير لتخفيف الاعراض التى قد تكون شديدة أحيانا مثل القلق أوالاكتئاب.

٧ - اضطراب الشخصية النرجسية

تتميز الشخصية النرجسية بالشعور بالعظمة والحساسية لتقويمات الآخرين ونقص التعاطف مع الآخرين، ويتميز المضطربون بتضخيم ذواتهم ومنجزاتهم وذكائهم ويتوقعون أن يلحظهم الآخرون بخصوصية حتى دون إنجاز مناسب ويشعرون أن مشاكلهم فريدة (لأنهم متفردين)، ويمكن أن تفهم فقط بواسطة آخرين مخصوصين وكثيرا ما يتناوب الشعور بالقيمة مع الشعور بعدم القيمة، مثل التلميذ الذى يتوقع مستوى معين ويحصل على مستوى أقل منه فإنه يعد نفسه فاشلا واذا حصل على المستوى المتوقع فإنه يعد ذلك عاديا ولا يفرح بذلك فرحا حقيقيا

والمصابون بهذا الاضطراب عادة مشغولون بخيالات من النجاح غير المحدود والقوة والنبوغ والجمال والحب المثالى، ولديهم مشاعر مزمنة من الحسد من أولئك الذين يرونهم أكثر نجاحا منهم . . وبرغم هذه الخيالات فكثيرا ما تستبدل بنشاط حقيقى واقعى عندما تشجع هذه الاهداف ولكن النجاح يكون دون

استمتاع وطموحه لا يمكن اشباعه واعتبار الذات لديهم قابل للكسر إلى حد كبير، وقد ينشغل الشخص بكفاءته فى عمله وكيف يقدره الآخرون لكفاءته وهذا يأخذ غالبا شكل الاستعراضية وجذب الانتباه المستمر والاعجاب ويتفاعل مع النقد بغضب أوخجل أوفقد الاحترام للذات ولكنه يغلف هذه المشاعر بمظاهر من عدم التمايز .

وعلاقة صاحب الشخصية النرجسية بالآخرين مختلة إلى حد ما ينقصها التعاطف معهم وينتظر منهم أن يفضلوه فى المعاملة (مثل : أنه لا يجب أن ينتظر فى طابور مثل الآخرين)، وتتسع صداقاته لمزايا يحصل عليها أولزيادة قوته وحجم معارفه وتتم الصداقات فقط بعد أن يؤخذ فى الحسبان كيف يستفيد منهم وفى العلاقات الرومانسية يعامل المحبوب كموضوع يستخدم لتدعيم إعتبار الذات .

ويصاحبها اعراض اضطراب الشخصية الهيستيرية والحدية والمضادة للمجتمع وفى بعض الحالات يشخص أكثر من نوع لاضطراب الشخصية ويكثر الاكتئاب كمصاحب فى هذا الاضطراب، وغالبا يكون مشغولا بنفسه ومشغولا بأن يظل شابا ويتوارى القصور الشخصى تحت ستار الكذب وتكون المشاعر ظاهرية للتأثير فى الآخرين .

بدء الاضطراب ومساره :

هذا الاضطراب مزمن ويصعب علاجه ويبدأ فى اوائل الرشد وهم أكثر عرضه لأزمات منتصف العمر من غيرهم، ويحدث خلل لبعض علاقاتهم الاجتماعية ويتأثر العمل بالاكتئاب والمصاعب مع الأشخاص والأهداف غير الواقعية . . ومن مضاعفاته التفاعل الذهانى المحدود والاكتئاب .

• الأنتشار:

يكثر إنتشار هذا النوع من اضطراب الشخصية خاصة فى العصر الحديث وذلك بسبب الاهتمام بالأنجاز المهنى، ولكن لا توجد أرقام تشير إلى معدل الانتشار .

التشخيص الفارق :

ملامح اضطراب الشخصية الحدية والهستيرية والمضادة للمجتمع توجد مصاحبة غالبا وعندئذ يشخص اضطراب شخصية متعدد .

علاج اضطراب الشخصية النرجسية :

يصعب علاج هذا النوع من اضطراب الشخصية ويلزم علاج تحليلى نفسى طويل المدى لإحداث تغيير .

٨ - اضطراب الشخصية المتجنبة

تتميز الشخصية المتجنبة بنمط متعمق مع عدم الراحة الاجتماعية والخوف من التقويم السالب والخجل .'. أغلب الناس ينشغلون كيف أن الاخرين يقدرونهم ولكن المصابين بهذا الاضطراب يؤلمهم النقد ويحطم معنوياتهم ولا يحبون الدخول فى علاقات إلا بعد ضمان بالقبول وعدم النقد، وغالبا ليس لديهم اصدقاء مقربين عدا أقاربه من ا لدرجة الأولى ويتجنب العمل الذى فيه علاقات اجتماعية ويتوتر فى المواقف الاجتماعية خوفا من قول شئ غير مناسب أوغبى أوعدم القدرة على إجابة سؤال، والخوف من الموقف الاجتماعى بواسطة احمرار الوجه أوالبكاء أوعلامات الخوف أمام الاخرين .

الجبن ينتج لديه مقاومة لفعل أى شئ يشذ عن روتينه المعتاد فمثلا قد يلغى الشخص رحلة هامة بسبب احتمال بعيد لسقوط أمطار تجعل قيادة السيارات خطرة .

ويختلف صاحب الشخصية المتجنبة عن شبه الفصامى فى أنه متشوق لعلاقات اجتماعية وإلى الحب والقبول، ومعأناته سببها نقص قدرته على الارتباط بالآخرين براحة ويصاحبها اعراض الاكتئاب والقلق والغضب لفشله فى العلاقات الاجتماعية مع رهابات خاصة أحيانا .

البداية والمسار والتنبؤ بالمآل :

يبدأ اضطراب الشخصية المتجنبة مبكرا فى الرشد والكثيرون منهم يستطيعون العمل فى جويرفر حماية وبعضهم يتزوج ويكون أسرة يرتبط بها واذا انهارت المساندة من حوله فإنه يصاب بالاكتئاب والقلق والغضب ويحدث التجنب الرهابى عادة بسبب الرهاب الاجتماعى الذى يظهر عبر مسار المرض .

إنتشار اضطراب الشخصية المتجنبة :

معدا الانتشار غير معروف ولكن يبدوأن هذا الاضطراب شائع

التشخيص الفارق :

١- اضطراب الشخصية شبه الفصامية : الذى ليس لديه رغبة فى عمل علاقات اجتماعية وعدم تمايز للفقد أما اصحاب الشخصية المتجنبة فيبدون معتمدين بمجرد تكوين علاقة ويميلون للارتباط ويخشون الفقد .

٢ - الرهاب الاجتماعى : ويحدث فى موقف معين مثل الحديث فى مكان عام ولكن قد يكون مصاحبا لاضطراب الشخصية المتجنبة .

٣ - رهاب الأماكن المتسعة :التجنب فيه يرجع للخوف من كونه فى مكان أوموقف لا يتيح حماية أومساعدة.

٤ - اضطراب التجنب فى الطفولة أوالمراهقة : صورته الاكلينيكية مشابهه ولكن اضطراب الشخصية المتجنبة يقدم إذا وجدت مواصفاته كما أن اضطراب التجنب محصور فى مرحلة نمو.

علاج اضطراب الشخصية المتجنبة:

العلاج نفسى يعتمد على قبول المعالج لمخاوف المريض واستقرار العلاقة العلاجية ثم تشجيع المريض على الاختلاط بالعالم الخارجى، ولكن بحذر حتى لا يحدث فشل يدعم موقف المريض الأصلى ونقص اعتباره لذاته والعلاج النفسى الجماعى قد يساعد هؤلاء المرضى، والتدريب على تأكيد الذات يعد أحد الطرق السلوكية لتعليم المريض أن يعبر عن إحتياجاته بوضوح أكثر ويحسن اعتباره لذاته

٩ - اضطراب الشخصية الوسواسية

ويميزها النمط المتعمق من الأنضباط وعدم المرونة والكفاح من أجل النظام ولكن بمقاييس غالبا غير مرنة تتداخل مع المهام التى توكل إلى الشخص حيث يكون الانشغال بالقواعد والكفاءة والتفاصيل غير الهامة مثل الشخص الذى يضع قائمة بأشياء سوف يفعلها ويعطى وقتا كبيرا للنظرفى القائمة ثم لحظات لاسترجاعها من الذاكرة ثم يبدأ فى المهام والوقت له حساب وأكثر الأمور أهمية تترك للحظات الأخيرة

وأصحاب الشخصية الوسواسية هم عادة العقل المفكر لأقاربهم فى علاقة سيطرة فى مقابل تنحى الآخرين وبرغم أنهم يقاومون سلطات الآخرين فهم عنيدين ودون سبب مناسب يصرون أن يتبع الآخرون طرقهم فى فعل الأشياء . . ولا مجال للعلاقات الشخصية فى أعمالهم وغالبا يوجد انشغال بالمنطق والذكاء وعدم تحمل السلوك العاطفى لدى الآخرين، وعندما يؤخذ فى الاعتبار الاستمتاع فإنه يخطط له وعادة يؤجل إلى العطلات التى تؤجل بدورها لدرجة أنها قد لا تحدث إطلاقا

كما أن صاحب الشخصية الوسواسية يتجنب أخذ القرار ويؤجله خوفا من الخطأ وذو ضمير قاس أخلاقيا يصدر أحكاما على النفس والآخرين، ونادرا ما يعبر عن مشاعره أويعطى تعليقا أويقدم هديه وعلاقاتهم تقليدية شكلية ويراهم الآخرون متصلبين .

ويصاحب ذلك لدى أصحاب الشخصية الوسواسية أعراض من صعوبة التعبير عن المشاعر بالكرب بسبب عدم الحسم والفعالية، وكلامهم قد يكون لف ودوران حول الهدف ويكثر لديهم الاكتئاب ولديهم حاجة شديدة للسيطرة على الآخرين، وعندما لا يستطيعون فإنهم يجترون الموقف ويصبحون غضوبين برغم أن الغضب لا يعبر عنه مباشرة (مثل سوء الخدمة فى مطعم ولكنه بدلا من أن يشكوللمدير يفكر اجتراريا كم سوف يترك كبقشيش)، ويوجد كثير من الحساسية للانتقاد الاجتماعى خاصة إذا كان من شخص ذى سلطة .

البداية والمسار والتنبؤ بالمال :

تبدأ فى أول الرشد والمسار متفاوت فقد يمرض بالوسواس القهرى وقد يصبح دافئا متكيفا وقد يصبح مريضا بالفصام أوتوهم المرض أوالاكتئاب وعادة يصاب باحتشاء عضلى القلب .

الإنتشار :

إنتشار الشخصية الوسواسية غير معروف ولكنها تكثر بين الذكور وأقارب الدرجة الأولى وغالبا تكون الخلفية الاجتماعية لهذه الشخصية شديدة النظام .

التشخيص الفارق :

١- اضطراب الوسواس القهرى : حيث توجد وساوس وطقوس حقيقية ويمكن أن يكون مصاحبا لاضطراب الشخصية الوسواسية .

علاج اضطراب الشخصية الوسواسية :

يدرك هؤلاء المرضى معاناتهم ويبحثون عن العلاج خلافا لاضطرابات الشخصية الأخرى ويفيدهم العلاج النفسى التحليلى، ولكنه عادة يحتاج لوقت طويل والعلاج النفسى الجماعى والسلوكى أقل فائدة . . كما أن هناك عقاقير مفيدة فى العلاج (مثل الكلونازيبام).

١٠- اضطراب الشخصية سالبة العدوأن

وتتميز بنمط متعمق من المقاومة السلبية والتأجيل والعناد ونقص الكفاءة وهذه السلوكيات تعد تعبيرا عن العدوان الداخلى، وغالبا ما يفسدون مجهودات الآخرين بعدم أداء الجزء المكلفين به ويتميوالمضطربون بسرعة الاستثارة عندما يطلب منهم شيئا لا يريدونه ويحتجون لدى الأخرين أن المطلوب منهم غير مناسب، ويرفضون الاقتراحات المفيدة من الآخرين والمتعلقة بكيف يصبحون منتجين ولذلك ينتقدون السلطة التى يفرضون عليهم مطالب .

ويصاحبها أعراض من الاعتمادية ونقص الثقة بالنفس والتشاؤم فيما يتعلق بالمستقبل ولا يعترف المضطربون أن سلوكهم سبب مشاكلهم .

بدء الاضطراب ومساره وماله :

يظهر فى بداية الرشد ويواجهون نقصا فى مجال إنجاز العمل سببه السلبية وبعضهم يتجه للإدمان أويصيبهم الاكتئاب أواضطرابات نفسية أخرى ونسبة ضئيلة منهم تعيش دون أعراض نفسية .

التشخيص الفارق :

١- اضطراب العناد فى الطفولة أوالمراهقة : مشابه للشخصية سالبة العدوأن ويقدم على اضطراب الشخصية فى الحالات التى لم تبلغ الثامنة عشرة .

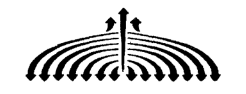
٢ - السلوكيات العدوانية السالبة : والتى تعد حيلا فى مواقف معينة وليس نمط عميق من الشخصية .

علاج اضطراب الشخصية سالبة العدوأن :

العلاج النفسى التدعيمى مفيد فى هذه الحالات مع الأخذ فى الاعتبار عدوأن المريض السلبى مع إعطاء مضادات الاكتئاب إذا لزم الأمر

١١- اضطراب الشخصية غير المصنفة فى مكان آخر

ويصف الشخصية التى لا يمكن تصنيفها كاضطراب محدد مثل ملامح أكثر من نوع محدد من اضطراب الشخصية .



الفصل الخامس عشر

مقدمة:

فتاة فى الثامنة عشرة من عمرها ثم استدعاء الطبيب النفسى من خلال تليفون الطوارئ لرعايتها إثر تناولها جرعة كبيرة من عقار مضاد للاكتئاب كان وصف لها قبل أسبوع وهذه ثأنى محاولة انتحار لها خلال هذا الأسبوع .

هذه حالة اكلينيكية سوف نعرض لها فى هذا الفصل هل يمكنك بعد إعادة قراءتها وضع أهداف تعليمية تبغى تعلمها ؟ ما هى هذه الاهداف ؟

الطوارئ النفسية

وهى الاعراض العقلية والسلوكية التى تنتج عن مرض نفسى أوعصبى اوجسدى وتحتاج إلى تدخل عاجل ولذا فإن التدخل العلاجى يجب أن يتم بنفس طريقة التدخل الطبى لأى مريض بطارئ طبى جسدى، وبعد إجراء الفحص وأخذ التاريخ المرضى يقرر الطبيب ما إذا كان الاضطراب عصبيا اونفسيا اوالانسمام بمادة اواعراض أنسحابْ لمادة، ويجب أن يتم الفحص وأخذ التاريخ المرضى بسرعة بما يتناسب مع موقف الطوارئ

والطوارئ النفسية عديدة تشمل عدوان الشخص العنيف المتوجه لذاته فى صورة انتحار ومحاولاته والعنف المتوجه للآخرين فى صورة قتل أو إيذاء شديد أومعتدى عليه فى صورة ضحية اغتصاب أوطفل ثم إيذاؤه جسمانيا أواعراض ذهانية حادة سواء كانت موجبه شديدة (كاضطراب الادراك والتفكير الشديد المصحوب بسلوك مزعج) اوسالبة شديدة مثل الذهول الاكتئابى أوالكتاتونى أو أعراض الانسمام أوالانسحاب لمادة ما، أونوبات قلق حادة مثل نوبات الهلع أوظهور اعراض تحولية مفاجئة كما يحدث فى حالات الهستيريا التحولية أوالنوبات الصرعية. . ولقد ناقشنا كل هذه الاضطرابات فى مواضعها المختلفة ولكننا نود أن نلقى مزيدا من الضوء على موضوع الانتحار كأهم حالات الطوارئ النفسية وأخطرها وهوموضوع الصفحات التالية .

الانتحار

الانتحار هو إنهاء الشخص لحياته عن قصد ويعتبر الانتحار أكثر الطوارئ النفسية ويصعب التعرف على المنتحرين بدقة، وهم غالبا غير قابلين للعلاج فى العيادة الخارجية ويقاومون دخول المستشفيات وعرضه لتكرار الانتحار أثناء العلاج .

أنتشـــــاره :

يصل معدل أنتشار الأنتحار فى الدول المتقدمة إلى ٢٥ حالة أنتحار فى كل مائة ألف من المواطنين ويقل عن ذلك فى الدول الأقل تقدما، حيث قدر بعشر حالات فى كل مائة ألف، ولكن هذه الأرقام لا تمثل الحقيقة تماما إذ أن هناك من يموتون منتحرين دون أن يعرف ذلك ومن يلقون حتفهم فى حوادث سيارات ويكون الدافع الحقيقى هو الانتحار، وهناك من ينتحرون ببطء مثل من يهمل فى اتباع نظام غذائى أوعلاجى هام لحياته مثل مريض السكر وضغط الدم المرتفع كما أن الإدمان قد يكون هدفا للانتحار البطئ حيث يكون ظاهرة الحصول على لذة المخدر وباطنه عداء الشخص لنفسه ورغبته فى تدميرها . . ورغم أن محاولات النساء الأنتحار أربع أمثالها بين الذكور إلا أن الانتحار الذى يؤدى بالحياة فعلا أكثر بين الذكور عنه بين الإناث بنسبة .. (١:٣) ويظهر العنف فى الطرق التى يلجأ إليها الرجال خلافا للنساء، فالرجال ينتحرون بإطلاق الرصاص على أنفسهم أوالشنق أو إلقاء أنفسهم من مكان مرتفع أما النساء فينتحرون عادة بابتلاع العقاقير أوالسم، ولعل المقارنة واضحة فى انتحار (أنطونيو) بالسيف بينما انتحرت حبيبته (كليوباترا) بسم الأفعى .

العوامل المرتبطة بالأنتحار :

١- اضطراب نفسى : لوحظ أن أكثر من (٩٠ ٪) ممن ينتحرون أويحاولون الأنتحار يوجد لديهم اضطراب نفسى.

مما يلى :

أ- **الاكتئاب** : وهو أكثر التشخيصات النفسية ارتباطا بالانتحار إذ أن المكتئب محبط ورافض للحياة وينتحر حوالى (١٥٪) ممن لديهم اكتئاب شديد، وبين المنتحرين لوحظ أن (٨٠٪) منهم كانوا يعانون من الاكتئاب وتزداد خطورة الاكتئاب حين تصاحبه اعراض ذهانية .

ب- **الادمان** : لوحظ أن (٢٥٪) من المنتحرين كانوا مدمنين والادمان لبعض المواد يطلق التثبيطات لدى المرضى المكتئبين فيجعلهم يقدمون على الانتحار.

حـ- **الاضطرابات** النفسية التابعة للولادة والاضطراب السابق لنزول الحيض.

د- **الذهـان** : الذى توجد فيه هلاوس تحث على تدمير الذات أوضلالات الشعور بالذنب وهذه تحمل مخاطر شديدة للانتحار .

هـ- **اضطرابات الشخصية** : حيث مضطرب الشخصية المزمن السامة والملل كثيرا ما يحاول الانتحار .

٢ - وجود تاريخ لمحاولات انتحارية أو تهديدات : فلقد لوحظ أن (٢٥ - ٥٠٪) ممن ينتحرون قد سبق أن حاولوا الانتحار، حتى من يحاولون الانتحار كطريقة لجذب الانتباه قد تنجح إحدى المحاولات المتكررة فى إنهاء حياتهم.

٣ - السن : لوحظ أن الانتحار غير شائع بين الاطفال ولكنه يكثر بين المراهقين ويصل إلى قمته لدى الرجال مع تقدم العمر ليصل إلى قمته عند عمر الخامسة والسبعين، وفى النساء بين الخامسة والخمسين والستين كما لوحظ أن أزمة منتصف العمر تتناقص أهميتها فى حدوث الانتحار .

٤ - الجنس : الرجال أكثر انتحارا كما سبق رغم كثرة المحالاوت من النساء

٥ - العوامل الاجتماعية : الحالة الاجتماعية : حيث تزداد الخطورة للانتحار بين غير المتزوجين والأرامل والمطلقين ومن يعيشون وحدهم وفشلوا فى حياتهم العاطفية كما يكثر الانتحار فى المناطق الحضرية عن المناطق الريفية .

٦ - العوامل المهنية : يكثر بين غير المهرة من العمال والعاطلين وبين بعض المهن مثل رجال البوليس والموسيقين والمحامين والأطباء كما أن الفشل المهنى كثيرا ما يرتبط بحدوث الانتحار .

٧ - عوامل صحية : لوحظ أن (٥٠٪) ممن حاولوا الانتحار لديهم مرض جسمانى أوالم مزمن أو أجرى لهم عملية جراحية حديثا، أو أن مرضهم سوف يودى بحياتهم مثل السرطان أو الإيدز .

٨ - وجود تاريخ عائلى لحالات انتحار أومحاولات .

٩ - عوامل بيولوجية : حيث لوحظ نقص السيروتونين واتساع بطينات الدماغ وشذوذ تخطيط الدماغ فى بعض الحالات، وهناك نظريات تفسر حدوث الانتحار أهمها النظرية الاجتماعية عن الانتحار التى ذكرها (إميل دور كايم) فى كتابه عن الانتحار عام (١٨٩٧)، حيث يرى من منظوراجتماعى بحت أن الأنسان ينتحر أويعيش طبقا لموقفه من الجماعة التى يعيش فيها فهوينتحر عندما تقل ارتباطاته الاجتماعية، ولذا فإن الانتحار أكثر بين المطلقين الذين ليس لديهم أطفال أى الشخص الذى يصبح وحيدا لايستمد دوافع لوجوده من خلال علاقات تربطه بالآخرين أو أنه على النقيض من ذلك لديه روابط اجتماعية قوية جدا حتى أنه ليضحى بنفسه من أجل الجماعه مثلما يحدث فى بعض الطوائف اليابانية، أو أنه ينتحر لأن علاقاته الاجتماعية قد اضطربت فلا يستطيع تحملها ويقرر إنهاء حياته، اما النظرية الدينامية فترى أن طاقة العدوان تتوجه ضد الذات بدلا من أن تتوجه إلى شخص المحبوب الذى كان مفروضا أن تتجه إليه كما أن شدة وصلابة الأنا الأعلى وتسلطه وقسوته تلعب دورا هاما فى الشعور بالذنب الذى يتقرر بعده الأنتحار تحت تأثير الشعور لدى المنتحر بأنه سيئ ولا يستحق الحياة ويجب أن يكفر عما اقترفه من ذنوب قد لا تكون حقيقية ولكن على مستوى الخيال.

ولقد صنف الانتحار فى دراسة بارزة إلى أربعة أنواع :

١- منتحرون لاقتناعهم أن الانتحار وسيلة لحياة أفضل .

٢ - منتحرون لسبب ذهانى مع ضلالات وهلاوس.

٣ - انتحار كنوع من الانتقام من شخص المحبوب .

٤ - عجوز أو شيخ يشعر بالوهن والضعف ويرى الانتحار راحة له .

يجب تقويم المحاولة الانتحارية نفسيا من خلال الإجابة على الأسئلة الآتية :

١- هل الطريقة التى اختارها خطيرة فعلا ؟

٢ - هل دهش المريض لنجاته من الموت ؟ هل كان يثق فى أن الطريقة التى استخدمها سوف تودى به ؟

٣ - هل كان المريض يرغب فى توصيل رسالة لمن حوله ؟ أو أنه فقط أراد الموت؟

٤ - هل نفذ الخطة بطريقة يسهل اكتشافها أم لا ؟

٥ - هل كانت الخطة اندفاعية أم أنها شئ مخطط ؟

٦ - هل الظروف النفسية والحياتية التى أدت إلى المحاولة قد تغيرت أم لا ؟

وهناك عوامل تزيد من احتمال حدوث الانتحار يجب الاهتمام بها وهى :

١- أن يضع خطته للانتحار .

٢ - حدوث أن حاول مرة سابقة .

٣ - وجود قلق أواكتئاب أوارهاق .

٤ - توفر وسيلة للانتحار .

٥ - التحدث عن الانتحار .

٦ - تحضير نفسه للانتحار بإعطاء حاجاته للآخرين أوكتابة ذلك .

٧ - أزمة حياتيه مثل حزن أو إجراء جراحه .

٨ - الهدوء الذى يبدوعليه بعد فترة توتر فيبدووكأنه قد حسم أمره .

٩ - تاريخ أسرى للإنتحار .

١٠-التحسن المفاجئ دون مبررات منطقية كافية .

• العلاج فى الحالات الانتحارية :

ليس كل من يفكرون في الانتحار يستحقون أن يدخلوا مستشفى ولكنه قرار الأخصائى المعالج فبعضهم يمكن علاجهم فى العيادة الخارجية ولكن ليس فى غياب تدعيم اجتماعى مع عدم وجود خطة للانتحار وعدم سلوك اندفاعى، فإذا لم تتوفر هذه الضمانات الثلاثة (وجود تدعيم اجتماعى وعدم خطة وعدم اندفاعية) يفضل ادخاله مستشفى . . وهناك وسائل وقائية يمكن مساعدة الشخص الانتحارى بها وهى :

١- تقليل الألم النفسى بتعديل الجوالأسرى .

٢ - بناء دعم واقعى بتفهم أن المريض لديه شكوى واقعية

٣ - تقديم بدائل للانتحار .

وكثيرون من أطباء النفس يعتقدون أن أى مريض سبق أن حاول الانتحار يجب وضعه فى مستشفى . . ويمكن إعطاء المريض مضادات الذهان أوالاكتئاب مع علاج نفسى فردى وجماعى وأسرى مع التدعيم الاجتماعى والملاحظة داخل المستشفى، أما باقى السبل العلاجية فتعتمد على تشخيص المريض ويجب مراعاة أن تحسن المريض المكتئب يجعله عرضه لمخاطر الانتحار لأن تحسن الاكتئاب يحسن الطاقة الجسمانية ويجعله قادرا على تنفيذ خطة الانتحار .

ويصنف مرضى الأنتحار حسب التنبؤ بالمصير إلى :

١- أنتحاريين بصورة حادة والتنبؤ بمصيرهم حسن .

٢ - مزمنين فى محاولات الانتحار وهؤلاء يصعب علاجهم ويجهدون من يعنى بهم .

ويجب أن يتم تقويم حالة المريض الانتحارى على فترات متقاربة بخصوص خطورة انتحاره، مع وضع خطة علاجية على مستوى عال من الأمان وتنفيذها بواسطة الفريق المعالج .

الباب الخامس

العلاج
العلاج العضوى
العلاج النفسى والإجتماعى

مقدمة :

اذا كان المرض يمثل مشكلة بالنسبة للمريض فإن العلاج يمثل الحل لهذه المشكلة ، وكما أنه لكل مشكلة حل خاص فكل مرض له علاج خاص ، لذلك كانت أهمية الخطوات التى أشرنا إليها سابقا من رصد الظواهر المرضية وتشخيصها كى تتمكن من رسم سياسة العلاج.

والعلاج فى الطب النفسى مثل باقى الطب يهدف الى تحقيق الشفاء التام، ولكن حين يتعذر ذلك يصبح الهدف هو تخفيف الاعراض المرضية وتقليل معاناة المريض ومساعدته على التكيف اذا كانت العلاقة الاجتماعية هى موضع الداء . . وبالرغم من أن العلاج فى الطب النفسى مثل باقى الطب يعتمد على المرض وسببه ، إلا أننا سوف نعرض للعلاج بوجه عام وسنضمنه تخصيصا ما أمكن ذلك . .

والعلاج يشمل الأنواع الرئيسية الاتية :

١- العلاج الكيميائى (بالعقاقير).

٢- العلاج بالكهرباء .

٣- العلاج الجراحى .

٤- العلاج النفسى والاجتماعى .

وتتم هذه الأنواع من العلاجات تحت اشراف الفريق العلاجى

الفريق العلاجى :

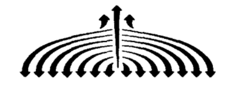
يتكون الفريق العلاجى من الطبيب النفسى والاخصائى النفسى والاخصائى الاجتماعى والممرضة.

١- الطبيب النفسى: وهو الطبيب الذى درس تخصص الامراض النفسية والعصبية وهو الذى يقوم بتشخيص المريض اكلينيكيا وفحصه جسمانيا وهو المصرح له بوصف الدواء وجلسات الكهرباء.

٢- الاخصائى النفسى : وهو الذى يشارك فى العملية التشخيصية عن طريق إجراء الاختبارات النفسية ويشارك فى فهم ديناميات المريض النفسية وعلاجه نفسيا اذا تلقى تدريبا خاصا فى ذلك.

٣- الاخصائى الاجتماعى : ودوره فى مساعدة المريض اجتماعيا وماديا إن أمكن ودوره خاصة فى فهم الظروف الاجتماعية للمريض والقيام بالعلاج الاجتماعى والبيئى.

٤- الممرضة النفسية : وهى تتلقى تدريبا خاصا لفهم كيفية معاملة المرضى النفسيين وهى أكثر أعضاء الفريق التصاقا بالمريض ، وهى التى تنفذ تعليمات الطبيب النفسى من إعطاء العلاج او الملاحظة للوظائف الحيوية (ضغط الدم ونبض وحراره)، او ملاحظة نفسية وسلوكية التى من خلالها يتم تعديل العلاج بواسطة الطبيب المعالج.



الفصل الأول
العلاج العضوى

أولا :العلاج الكميائى (بالعقاقير)

حيث تستخدم العقاقير لاحداث تغير كميائى يؤدى الى تغير فى الانفعال وتوجد مواصفات عامة للعقار النموذجى الذى يفضل أن يستخدم هى :

١- أن يخفف الاعراض وفى أقل وقت ممكن .

٢- وأن يفيد جميع المرضى او أغلبهم .

٣- ولا يسبب إدمانا .

٤- ولا تقل استجابة المريض للعقار بمرور الوقت والاستخدام .

٥- ليس ساما فى حدود الجرعة العلاجية .

٦- أعراضه الجانبية قليلة فى حدود المستطاع .

٧- ليس قاتلا اذا أعطى بجرعات كبيرة.

٨- يمكن أن يستخدم دون خوف فى حالات مرضى القسم الداخلى او العيادة الخارجية .

٩- ولا يؤثر على الوظائف العقلية او السلوكية .

ولكن نصف عقار كعلاج يجب أن يكون الطبيب لديه المهارات الآتية :

١- القدرة على التشخيص الصائب .

٢- اختيار العقار المناسب .

٣- اعطاء هذا العقار بجرعة مناسبة واتباع النظام الخاص بتقديم هذا العقار.

٤- المتابعة الاكلينيكية الجيدة .

يلاحظ أن العقار الذى يصفه الطبيب انما هو رمز لما بين الطبيب والمريض من علاقة علاجية وبناء على هذه العلاقة سوف يكون انتظام المريض فى تعاطى العقار من عدمه وهناك مقولة شائعة تلخص أهمية العلاقة العلاجية هى (أن أكثر عقار يصفه الطبيب للمريض هو شخصية الطبيب) كما أن هناك دورا للإيحاء يصاحب المفعول الفارماكولوجى للعقار تم تقديره بنسبة (٣٥- ٤٠٪) يمكن أن يضيفها الطبيب لمفعول العقار بالعلاقة الطبيبية المريضية الجيدة.

ويمكن أن تقسم العقاقير الى المجموعات الآتية :

أ - مضادات الذهان .

ب - مضادات الاكتئاب.

جـ - مضادات القلق .

د - املاح الليثيوم.

هـ - مضادات التشنجات.

أ- مضادات الذهان

Antipsychotics (Neuroleptics)

وظهرت هذه المجموعه فى بداية الخمسينيات وأول ما ظهر منها هو الرزربين والكلوربرومازين حيث كان الأول يستخدم فى علاج ارتفاع ضغط الدم والثانى (الكلوربرومازين) مضاد للهستامين، ثم تبعها مجموعه من مشتقات الفينوثيازين التى تشبه الكلوربرومازين من حييث المفعول والتركيب ولكن أقل فى أعراضها الجانبية ، ثم تلا ذلك اكتشاف مجموعات أخرى مثل مجموعة البيوتيروفينون .

وتعمل مضادات الذهان عن طريق قفل مستقبلات الدوبامين التالية للمشبك (Post-synaptic receptor blockade) التى يطلق عليها (D2) حيث تقل تبعا لذلك الاعراض الذهانية.

وتستخدم مضادات الذهان فى علاج الحالات الآتية:

١- الفصام.

٢- اضطراب الفصام الوجدانى.

٣- الهوس.

٤- الاعراض الذهانية المرتبطة بالشيخوخه.

٥- زملة تورت (Tourette's syndrome)، والرقص (Chorea) .

٦- الاضطرابات التى تشبه الفصام الذهانى.

٧- الاضطراب العقلى العضوى مثل الهذيان او الانسمام بالأمفيتامين.

٨- فى حالات القلق كمضادة للقلق بجرعات صغيرة.

وتشمل مجموعة مضادات الذهان المجموعات الفرعية الآتية:

١- مجموعه الفينوثيازين (Phenothiazines) .

٢- مجموعة الثيوزانيثين (Thioxanthines) .

٣- مجموعة البيوتيروفينون (Buterophenones) .

٤- مجموعه أخرى من العقاقير المضادة للذهان.

وفى السطور التالية سوف نورد كل من هذه المجموعات الفرعية بشئ من التفصيل .

١- مجموعة الفينوثيازين
Phenothiazines

وهذه المجموعه أول ما عرف من مضادات الذهان وكان أولها هو الكلوربرومازين وكان ذلك من تجربته كمضاد للهستامين (مضاد للحساسية).. وتشمل بدورها مجموعات فرعية أصغر هي:-

١- **مجموعه الداى ميثيل أمين** **(Dimethylamine)** ومنها (الكلوربرومازين) الذى يعرف تجاريا باسم (اللارجاكتيل) أو (Largactil) (البروماسيد) ويؤخذ فى الاعتبار خفضه لضغط الدم بدرجة ملحوظة كتأثير جانبى غير مرغوب.

٢- **مجموعة البيبريدين (Piperidine)** ومنها الثيوريدازين (Thioridazine) الذى يسمى تجاريا باسم (الميلريل) (Melleril) وتتراوح جرعته العلاجية (من ١٠٠ مجم الى ٨٠٠ مجم) يوميا ..ويمكن إعطاؤه بجرعات (١٠-٣٠ مجم) كمضاد للقلق.

٣- **مجموعه البيبرازين** **..(Piperazine)** ومنها (التراى فلوبرازين) (Trifluperazine) الذى يعرف تجاريا باسم (ستلازين) (Stelazin).. تتراوح جرعته العلاجية من (٣مجم الى ٣٠مجم) يوميا.، ويعطى بجرعات أقل فى حالات القئ والقلق ، ويوجد منه أقراص (١، ٥ مجم) وكبسولات (٢ ، ١٥ مجم) وشراب بتركيز (١ مجم فى كل ٥ سم٣ وأمبولات (١ مجم) تعطى حقنا بالعضل.

ومنها أيضا (البرفينازين) (Perphenazine) الذى يعرف تجاريا باسم (تراى لافون)(Trilafon) وتتراوح جرعته العلاجية (من ١٦ مجم الى ٦٤ مجم)، ومنها الفلوفينازين (Fluphenazine) الذى يعرف تجاريا باسم (المودتين)(Moditen) وجرعنه العلاجية (من ٣ مجم الى ١٥ مجم)، وهذا العقار تم تحويل جزئى الكحول الحر فيه الى استر (Esterified) وهذا يجعله بطئ الامتصاص فيصبح

طويل المفعول، وذلك بواسطة تحويله الى (إننثات)(Enanthate) الذى يسمى تجاريا باسم (موديكات أو موديتين) حقن ، وجرعته العلاجية ٢٥مجم كل أسبوعين الى ثلاثة أسابيع، او بتحويله الى (ديكنوات) أى يصبح (فلوفيتازين ديكنوات)(Fluphenazine decanoate) الذى يسمى تجاريا باسم (أناتنسول) (Anatensol) جرعته العلاجية ٢٥مجم كل أسبوعين إلى أربعة أسابيع.

٢- مجموعه الثيوزانثين
(Thioxanthines)

ومن أمثلتها (الكلور بروثكتين)(Chlorprothixene) الذى يسمى تجاريا باسم (تاركتان)(Taractan) وجرعته العلاجية (من ٥٠الى ١٠٠ مجم) يوميا ..وكذلك (الفلوبنثكسول)(Flupenthixol) الذى يسمى تجاريا باسم (فلونكسول) (Fluanxol) وجرعته العلاجية (من١ الى ٣مجم) يوميا ويوجد منه ٥ر٠مجم و١مجم و٣مجم .. وهذا الاخير بتحويله الى (فلوبثكسول ديكنوات) (Flupenthixol Decanoate) يصبح طويل المفعول ويسمى تجاريا باسم (ديبكسول ديبو) (Depixol Depot) وجرعته العلاجية(من ٢٠الى٤٠مجم) بالحقن فى العضل كل أسبوعين الى أربعة أسابيع ،ويوجد زوكلوبنثكسول (Zuclopenthixol) فى حالة (Acuphase) الذى يعطى حقنا فى الحالات الحادة ، ومنه أيضا دكنوات (Decaoate) الذى يعرف تجاريا باسم كلوبكسول (Clopixol Depot)، ويجد منه حقن ٢٠٠مجم و٥٠٠مجم تعطى بالعضل ، والفلونكسول المتخزن (Fluanxol Depot) أيضا الذى يوجد منه ٢٠، ٤٠، ١٠٠مجم حقن تعطى حقنا بالعضل كل أسبوعين إلى أربعة أسابيع.

٣- مجموعة البيوتيروفينون

(Buterophenones)

ومن أمثلتها (الهالوبيريدول) (Haloperidol) الذى يعرف حاليا باسم (السريناس) (Serenace)أو (الصفيناس)(Safinace) وجرعته العلاجية (من ٦ الى ١٢مجم) يوميا، ومنه مركبات تعطى حقنا بالعضل او الوريد فى الحالات الحادة (هالدول) (Haldol) ٥ مجم، وأقراص (٥ر٠، ٥ر١، ٥مجم) ومحلول يعطى كقطرات بتركيز (٢مجم فى كل ١سم٣).

٤- مجموعه أخرى من العقاقير المضادة للذهان

ومن أمثلتها (السلبيريد) (Sulpiride) الذى يعرف تجاريا باسم (دوجماتيل) (Dogmatil) وجرعته العلاجية (من٤٠٠ الى١٠٠٠ مجم) يوميا.. وكذلك (البيموزيد) (Pimozide) الذى يعرف تجاريا باسم (أوراب) (Orap) ويعطى كجرعه واحدة يوميا (من ١ الى٤ مجم) .. ومنها أيضا (الكلوزابن)(Clozapine) الذى يعرف تجاريا باسم (ليبونكس) (Leponex) ولكنه يسبب نقصا حادا فى كرات الدم البيضاء، ولذا كان محظورا فى بعض دول العالم ، ولكن أعيد استخدامه خاصه فى حالات الفصام العقلى التى لاتستجيب لمضادات الذهان التقليديه او التى لا يمكن تلافى الاعراض الجانبيه المصاحبه لتلك العقاقير، ويؤخذ الحذر عند وصفه مع عقاقير البنزوديازبين لزيادة الاعراض الجانبيه من هذا الخليط، ولوحظ أن له تاثير فعال فى حالات الفصام ذات الاعراض السالبه ، حيث قررت الدراسات أن حوالى ٣٠٪ من المرضى الذين لم يتحسنو بمضادات الذهان التقليديه تحسنوا مع الكلوزابن ، وهو متاح فى صورة أقراص ٢٥، ١٠٠مجم، وكل واحد مجم يعادل ٢ مجم كلوربرومازين ، وجرعته المعتاده قرص ٢٥ مجم مرة او مرتين يوميا ، ويمكن أن تزاد الجرعه بمعدل ٢٥ مجم كل يومين الى ثلاثة أيام حتى تصل الى ٣٠٠ مجم فى اليوم مقسمه على

ثلاثة جرعات ..ومع زيادة الجرعه تظهر الاعراض الجانبيه فى صورة انخفاض ضغط الدم والغشية والتهدئه ، ولكن المريض يتعودها مع استمرار العلاج، وجرعته الفعاله من ٤٠٠ –٥٠٠ مجم فى اليوم، ويتم إيقافه تدريجيا لتجنب رد الفعل الشديد للاعراض الكولينيه (الاحمرار والاسهال وفرط الحركه) .. ويلاحظ المريض معمليا كل أسبوع لمتابعه عدد كرات الدم البيضاء وعند اكتشاف نقصها الى ٣٠٠٠ كرة بيضاء فى كل مليمتر مكعب يوقف فورا ولا يعطى ثانيه أبدا لهذا المريض ..والمستوى الفعال للكلوزابن فى الدم هو فوق ٣٥٠ نلوجرام فى كل ملى لتر ، ولا يوصف مع العقاقير التى تثبط نشاط نخاع العظام وتسبب نقص فى كرات الدم البيضاء مثل الكاربامازبين (Carbamazepine)، ومثبطات الجهاز العصبى مثل الكحول والمركبات ثلاثيه الحلقات التى تزيد من احتمال التشنجات او التهدئه او التأثيرات القلبيه، وكذلك الليثيوم الذى قد يحدث الارتفاع الخبيث لدرجة الحرارة ، ويلاحظ أن البروزاك (Prozac)يزيد من مستوى الكلوزابن فى الدم ، كما أن الفالبروات يزيده ولكن بدرجه أقل.

ومن أهم مضادات الذهان الحديثه عقار الرسبيريدون (Risperidone)الذى يعرف تجاريا باسم (Resperidal)، وهو يتحد بقابليه عاليه مع مستقبلات السيروتونين نوع ٢ (HT- 2) والدوبامين (D2) وألفا الادرينالينيها(١)، وبقابليه أقل مع ألفا(٢) الادرينالينيه و (D-1)أو مستقبلات الكولين المسكرينيه (Muscarenic Cholinergic Rec.)، ويصل الرسبيريرون الى قمته بعد ساعة إلى ساعتين من الجرعه ، ونصف العمر (half life)من ٢٠ الى ٢٤ ساعة، ويفرز ٧٧٪ منه فى البول و ١٤٪ فى البراز بعد إعطائه بأسبوع ..ويتميز بفعاليته فى حالات الفصام ذات الأعراض السالبه والموجبه ، وأهم اعراضه الجانبيه تخفيض ضغط الدم الوضعى وسرعة ضربات القلب خاصة أول العلاج والغشية نادرا ، ويحظر استعماله مع مرضى القلب وكذلك فى حالات الجفاف ، كما يعطى بحذر فى حالات المخاطر المهنيه ولمرضى الصرع ومع العقاقير المؤثرة على الجهاز العصبى مثل الكحول ، وقد يضاد فعل عقار (L-dopa) ومدعمات الدوبامين

(dopamine agonists)، وتبدأ الجرعه بواحد مجم مرتين يوميا ويزاد الى ٢ مجم مرتين يوميا فى اليوم الثالث ثم ٣ مجم مرتين يوميا فى اليوم الرابع، وتزاد هكذا حتى تصل الى الجرعه المثاليه وهى تتراوح من ٤ مجم الى ٨ مجم فى اليوم ، ولا تزيد الجرعه عن ٨ مجم مرتين يوميا ..وتقل الجرعه فى حالات المسنين وأقصاها لهم ٣ مجم فى اليوم ..وهو متوفر فى صورة اقراص ١ مجم و ٢ مجم و ٤ مجم .

وتتميز مجموعة الذهان باتساع مدى جرعتها العلاجية ، مما يمكن من إعطاء جرعات علاجية كبيرة (Mega doses)، وتعطى الجرعه مقسمة فى بادئ الأمر للوصول الى التركيز العلاجي فى البلازما الذى يتحقق بعد خمسة أيام من بدء العلاج، ثم تقلل الجرعه تدريجيا بعد الوصول الى التحسن الاكلينيكى المرغوب ويقلل كذلك عدد مرات إعطائها الى أن تصبح جرعه واحدة تعطى فى المساء (وهذا يقلل من بعض الآثار الجانبية للعقار مثل التهدئة والاعراض المماثلة لمرض باركنسون والتى تختفى بالنوم)، حيث أن مفعول الجرعه المتمثلة فى نصف عمر العقار (Half-life)تصل الى عشرين ساعة.

وإذا لم يمكن السيطرة على الاعراض الذهانية خلال أسبوعين من بدء اعطاء هذه العقاقير فإن هذا يعد فشلا قد يرجع الى عدم تعاطى المريض للعقار، أو لوجود آفة عضوية ، أو تآثر دوائى (Drug-interaction) كالذى تحدثه مضادات الحموضة والسيميتيدين (Cimetidine) حيث تقلل امتصاص مضادات الذهان إذا أعطيت خلال ساعتين من تعاطيها، وكذلك مضاد النشاط الكولينى التى تقلل من الامتصاص مع إحداث تآثر ضد النشاط الكولينى ينتج عنه تسمم.

وهناك تآثر دوائى آخر مع مضادات الاكتئاب حيث يقلل أيض كل منهما فيزيد تركيزهما فى البلازما ، فتحدث تأثيرات متزايدة من التهدئة وهبوط ضغط الدم وأعراض نقص النشاط الكولينى ..كما أن هناك تأثيرات أخرى مع مضادات ضغط الدم المرتفع ومثبطات الجهاز العصبى المركزى مثل المهدئات والكحول والأفيون ومضادات الحساسية.

ومن أهم التأثيرات الجانبية للعقاقير المضادة للذهان:-

١- تأثيرات عقلية وسلوكية غير مرغوبة : مثل تغيم الوعى ، والتصلب (التخشب) المشابه لمرض باركنسون، والاكتئاب الكاذب (Pseudodepression) .

٢- تأثيرات عصبية غير مرغوبة : مثل الزلز (Akathesia) وهو عدم الاستقرار الحركى ، وأعراض تشبه مرض باركنسون، وخلل التوتر الحاد (Acute dyston-ias) واضطراب الحركة الآجل (Tardive dyskinesia) بالاضافة الى تقليل عتبة التشنجات التى تبرز خاصة مع مجموعه الفينوثيازين.

٣- تأثيرات غير مرغوبة على الجهاز العصبى المستقل : مثل جفاف الحلق واهتزاز الرؤية وصعوبة التبول والامساك وانخفاض ضغط الدم عند القيام من السرير (وخاصة مع عقار الكلوربرومازين).

٤- تأثيرا أيضية وغدية غير مرغوبة : مثل السمنة وانقطاع الحيض الذى يمكن علاجه بعقار البروموكريبتين (Promocriptine) الذى يعرف تجاريا باسم البارلودل (Parlodel) .

٥- تأثيرات تفاعل حساسية : مثل النقص الحاد فى كرات الدم البيضاء (كما يحدث مع عقار ليبونكس)، وارتفاع درجة الحرارة الخبيث واليرقان، والتهاب الشبكية الصباغى كما يحدث مع الجرعات الكبيرة من عقار الثيوريدازين أكثر من ٨٠٠ مجم يوميا.

يتم اختيار العقار طبقا لاستجابة المريض السابقة (أو استجابة أحد أقاربه) وتحمله للأعراض الجانبية للعقار، وفى حالات تعاطى العقار لفترات طويلة قد تحدث إطاقة للعقار (Tolerance) تسبب اعراض انسحاب للعقار عند إيقافه، ولكن أغلب العلماء يعتبرونها رد فعل لوقف العقار ، حيث يلزم حدوث مجموعه جديدة من الاعراض تترتب على وقف العقار لتشخيص لزمة الانسحاب.

وهناك محاذير يمنع معها إعضاء العقاقير المضادة للذهان هى -:

١- حدوث تفاعل حساسية خطير مع هذه العقاقير.

٢- تعاطى المريض لعقار يشبط الجهاز العصبى المركزى مثل الكحوليات ومشتقات الأفيون.

٣- وجود اضطراب شديد بالقلب.

٤- وجود غلوق ضيق الزاوية بالعينين(Narrow-angle glaucoma)

٥- خطورة شديدة لحدوث نوبات صرعية.

ويفضل مع بدء العلاج إجراء استقصاء لوظائف الكبد وعد كرات الدم البيضاء وعمل رسم قلب.

ولقد جرب حديثا إعطاء حمض الفالبرويك أوالكاربامازبين مخلوطا مع مضادات الذهان فى الحالات ذات الاعراض الذهانية غير القابلة للتحسن بمضادات الذهان على حده، فأعطى ذلك تحسنا، وكان ذلك فى حالات ذات تخطيط طبيعى للدماغ.

ب- مضادات الاكتئاب

Antideprssants

قدمت مضادات الاكتئاب للاستخدام الطبى فى أواخر الثلاثينيات ، حيث أستخدم الأمفيتامين فى علاج الاكتئاب ..ثم لوحظ فى أوائل الخمسينيات أن (الإبرونيازيد) يسبب سرورا لمرضى الدرن الذين يتعاطونه على عكس (الأيزونيازيد) (Isoniazide) الذى سبب اكتئاب للمرضى الذين يتعاطونه كعلاج للدرن (T.B)، وبدراسة العقارين معمليا لوحظ أن (الإبرونيازيد)(Iproniazide) أكثر تثبيطا للانزيم المؤكسد للأمنيات الأحادية ..ثم فى عام (١٩٥٤) لوحظ أن عقار (الرزربين) (Resepine)يسبب الاكتئاب وهو يغير من الأمنيات الحيوية فى

النهايات العصبية لذلك اتجه الاهتمام الى دراسة العقاقير التى تزيد الأمنيات الحيوية فى الدماغ ، ولما كان الانزيم المؤكسد للأمنيات الأحادية (M.A.O)يكسر هذه الأمنيات ، فإن استخدام مثبطات هذه الانزيمات (M.A.O. Inhibitors)يؤدى الى زيادة هذه الأمينات ويعالج الاكتئاب.

وفى عام (١٩٥٧) حيث كان يدرس البرومازين كمضاد للاكتئاب (Promazine) ووجد له بعض الفوائد وبناءا عليه أكتشف (الايميرامين) (Imipramine)كمضاد للاكتئاب جديد، تم تتابعت المركبات ثلاثية الحلقات المضادة للاكتئاب (Tricyclic Antidepressants)

ثم قدم فى أواخر الستينيات وأوائل السبعينيات عدد من العقاقير المضادة للاكتئاب أطلق عليها الجيل الثانى من مضادات الاكتئاب (Second-Generation of Antidepressants)

وتستخدم مضادات الاكتئاب فى الحالات الاتية :-

١- الاكتئاب.

٢- التبول اللاإرادى.

٣- الألام المزمنه (كمكافئ للاكتئاب).

٤- حالات أخرى مثل : الرهاب والوسواس القهرى واضطراب نقص الانتباه وحالات السبخ (النوم الانتيابى) (Narcolepsy) ونوبات الهلع الحادة.

٥- اضطرابات الأكل : حيث تعالج القهم العصبى والشره المرضى للأكل (Anorexia & Bulimia).

أنواع مضادات الاكتئاب :

١- مثبطات الانزيم المؤكسد ألامنيات الاحادية (M.A.O.I. Mono Amine Oxidase Inhibitors)

٢- مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات Tricyclic Antidepressants .

٣- عاقير محاكية الودى (ذات مفعول شبيه بالجهاز السبمتاوى Sympathomimetics)

٤- الجيل الثانى من مضادات الاكتئاب Second-Generation . Drugs)

٥- مثبطات الانزيم المؤكسد للأمنيات الأحادية

(M. A. O. I.)

ومفعول هذه العقاقير هو تثبيط الانزيم المؤكسد للأمنيات الأحادية وبناءً عليه تزيد الأمنيات الحيوية ويقل الاكتئاب ، وهذا التثبيط للانزيم لايلغى (Irreversible) ولكى يعطى مفعولا علاجيا يجب أن يكون التثبيط من ٦٠ الى ٨٠٪ من الانزيم، ويمكن أن يتحقق ذلك بجرعة مقدارها ١ مجم لكل كيلو جرام من وزن الجسم من (الفنلزين)(Phenelzine) ، ويقاس مستوى التثبيط فى الصفائح الدموية.

وتتكون من مجموعتين إحداهما : (هيدرازايد) (Hydrazide) مثل الفنلزين الذى يعرف تجاريا باسم (نارديل) (Nardil) وجرعته العلاجية (من ٤٥ الى٧٥مجم) يوميا، ومنها أيضا (أيزوكربوكسازيد) (Isocarboxazide)الذى يعرف تجاريا باسم (ماربلان) (Marplan) وجرعته العلاجية (من. ٢الى. ٦مجم) يوميا.

والثانية : تسمى (غير هيدرازايدز) (non-Hydrazides) مثل عقار (ترانيل سيبرومين) (Tranylcipromine) الذى يعرف تجاريا باسم (بارنات) (Parnate) وجرعته العلاجية (من ١٠ الى ٣٠مجم) يوميا.

- يلاحظ خطورة تعاطى المواد التى تحتوى التيرامين (مثل الجبن المعتق والسردين والفسيخ) مع هذه المركبات حيث تحدث تأثيرات محاكية الودى شديدة تؤدى الى ارتفاع فى ضغط الدم فيشعر المريض بالصداع واختلال إيقاع القلب والعرق واحمرار الوجه وتصلب الرقبة والقىء.
- عند إعطاء مضادات اكتئاب أخرى بعدها يجب الانتظار مدة أسبوعين لغسل مثبطات الانزيم المؤكسد للأمينات الأحادية.

ولوحظ أن هناك نوعين من الانزيم المؤكسد للأمنيات الأحادية (MAO)هما (B , A)وهناك عقاقير مثبطه لنشاطهما معا دون انتقائيه مثل العقاقير السابقه ، بينما هناك عقاقير تثبط الانزيمانتقائيا مثل عقار (Selegilnum)الذى ينتقى MAO-Bويثبطه ويعرف تجاريا باسم جومكس (Jumex)، وليس له تأثيرات جانبيه مع التيرامين ، وهو يستخدم أساسا فى علاج مرضى الباركنسون كمساعد لعقار (L-dopa).وليس له اعراض جانبيه مع التيرامين.

كما أن هناك مثبطات أخرى للانزيم المؤكسد للأمينات الأحادية (MAOIs) جديدة وذات تأثير تثبيطى قصير المدى ٢٤ (ساعة فقط) وهى تثبط ٨٠٪ من الانزيم (A) و ٢٠-٣٠٪ من الانزيم (B)، ويعرف منها حاليا عقار الموكلوبيميد (Moclobemide)الذى يعرف تجاريا باسم مانريكس(Manerix)، وعند اعطائه بعد الوجبه الغذائيه التى تحتوى تيرامين بساعه تقل تأثيرات التيرامين الجانبيه التى عادة تحدث مع مثبطات الانزيم المؤكسد للأمنيات الأحاديه ، وجرعته تتراوح بين ٣٠٠ مجم الى ٦٠٠ مجم فى اليوم ، ولكن الاغلب يستجيبون عند ٤٥٠ مجم او أقل فى اليوم، ويتوافر منه أقراص ١٠٠ مجم و ١٥٠ مجم.

٢- مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات

وهذه المركبات تشبه الفينوثيازين من حيث التركيب الكيميائى الى حد كبير وإلى حد أقل فارماكولوجيا ..ومفعولها عن طريق قفل الآلية التى تعمل علىإعادة أخذ الناقلات العصبية (Neurotransmitters)فى الدماغ، وهذا يؤدى الى تأخير إزالة الأمنيات الأحادية من مواضع المستقبلات البعد مشبكية (Post-synaptic).

ومن هذه المركبات (الإيمبرامين) (Imipramine)الذى يعرف تجاريا باسم (التوفرانيل) (Tofranil) وجرعته العلاجية (من ٧٥ الى٢٠٠مجم)، (الأميتريبتلين) (Amitriptyline) الذى يعرف تجاريا باسم (تريبتوزول) (Tryptizol) وجرعته العلاجية (من ٧٥ الى٢٠٠مجم)، أو (الكلوميبرامين) (Clomipramine) الذى يعرف تجاريا باسم (أنافرانيل) (Anafranil)وجرعته العلاجية (من ٧٥الى ٣٠٠مجم) ويوجد منه أقراص ٢٥مجم وأخرى بطيئة التصريف ٧٥مجم ،وحقن ٢مليلتر بها ٢٥مجم أو (النورتريبتلين) (Nortriptyline) الذى يعرف تجاريا باسم (أفنتيل)(Aventyl) وجرعته العلاجية (من ٧٥ الى١٥٠مجم)، وأضيف إلى (النورتريبتلين) الفلوفينازين وأطلق عليه تجاريا اسم (الموتيفال) (Motival) .

٣- العقاقير محاكية الودى المضادة للاكتئاب

وهى أقدم العقاقير التى استخدمت علاج الاكتئاب ومن أمثلتها (دوكسترو أمفيتامين)، (Dextroamphetamine) ويعرف تجاريا باسم (أنوركسين) (Anorexene) ، (Dexdrine) و (ميثيل فينيدات)(Methyl phenidate) الذى يعرف تجاريا باسم ..(Ritaline) وهذه المجموعه كمضادة للاكتئاب ضعيفة المفعول ولكنها تفيد فى بعض الحالات.

٤- الجيل الثانى من العقاقير المضادة للاكتئاب

وتشمل مجموعات فرعية منها:

أ - **مركبات ثلاثية الحلقات غير العادية** (unusual tricyclics) وتتميز بأنها أقل سميه لعضلة القلب مثل (أموكسابين) (Amoxapine) الذى يعرف تجاريا باسم أسندين (Asendin)ويتوافر منه أقراص ٢٥،٥٠،١٠٠مجم ،وتبدأ جرعته العلاجية من ٢٥مجم مرتين يوميا ثم يزاد قرص فى اليوم الثالث، وجرعته المثلى من ١٥٠-٣٠٠مجم فى اليوم.

ب - **المركبات رباعية الحلقات** : وهى ذات اعراض جانبية أقل من المركبات ثلاثية الحلقات وأقل فى أثر التهدأة وأقل فى تأثيرها على عضلة القلب ومن أمثلته (المابروتيلن) (Maprotyline) الذى يعرف تجاريا باسم(لوديوميل) (Ludiomil) وجرعته العلاجية (من ٧٥ مجم الى ٣٠٠مجم) يوميا.

جـ- **البنزوديازين** (Benzodiazepines) كمضادات للاكتئاب : حيث أشارت دراسات كثيرة إلى فاعليتها كمضاد للاكتئاب المصاحب بقلق إلا أن استخدام هذه العقاقير يجب أن يخضع لنظام خاص سوف نورده فى حينه.

وهناك مجموعه حديثه من مضادات الاكتئاب وهى مثبطات إعادة أخذ السيوتونين انتقائيا ,(Selective Serotonin Reuptake Inhibitors) (SSRIs)

و أهمها عقار الفلوكسيتين (Fluoxctine) الذى يعرف تجاريا باسم بروزاك (Proxac) الذى يعطى بجرعه فى حالات الاكتئاب ٢٠ مجم صباحا ، ويمكن أن يزاد الى ٦٠ مجم فى اليوم فى حالات القهم (الشرة المرضى للأكل)(Bulimia) وحالات الوسواس القهرى، وتقل عن ذلك فى المسنين ، ويتوافر منه كبسولات ١٠ مجم و ٢٠ مجم، وشراب كل ٥ ملى لتر تحتوى ٢٠ مجم، ويحذر استخدامه مع مثبطات الانزيم المؤكسد للأمينات الأحادية .. (MAOIs) وعقار السيتالوبرام (Citlapram) الذى يعرف تجاريا باسم سبرام (Cipram) ويعطى بجرعه قرص

واحد ٢٠ مجم فى اليوم ويمكن أن تزاد إلى ٦٠ مجم فى اليوم وتقل عن ذلك فى المسنين، وإعطاؤه للحوامل والمرضعات محظور، وهو متوافر فى صورة أقراص ٢٠ مجم.

وتضم هذه المجموعة أيضا عقاقير الفلوفوكسامين (Fluvoxamine) الذى يعرف تجاريا باسم (Faverin) ومنه أقراص ٥٠ مجم و ١٠٠ مجم، وعقار باروكستين (Paroxetine) الذى يعرف تجاريا باسم باكسيل (Paxil) وهو فى صورة أقراص ٢٠ مجم و ٣٠ مجم ، وعقار السرترالين (Sertraline) الذى يعرف تجاريا باسم لوسترال (Lustral) وهو متوفر فى صورة كبسولات ٥٠ مجم و ١٠٠ مجم ، وجرعته من ٥٠ مجم ولاتزيد عن ٢٠٠ مجم فى اليوم .

وتوجد عقاقير مثل الترازودون (Trazodone)تثبط فقط مستقبلات الألفا السيروتونيه، ويعرف تجاريا باسم (تريتكو) (Trittico)وهو متوفر فى صورة أقراص ٥٠ مجم، ١٠٠مجم، وجرعته من ١٥٠ إلى ٢٠٠ مجم فى اليوم ، ولكن من أهم أعراضه الجانبيه حدوث انتصاب القضيب دون إثاره جنسيه وقد يكون مؤلم.

ويوجد عقار أمنبتين (Amneptine) المضاد للإكتئاب الذى يعرف بأسم سورفوكتور (Survector) ويوجد منه أقراص ١٠٠ مليجرام ، ويعطى بجرعة قرصين صباحاً، ويمكن أن يضاف قرص ظهراً ، ويحظر إعطاؤه مع مثبطات الإنزيم المؤكسد للأمينات الأحادية (.M.A.O.I) .

ولمضادات الاكتئاب تأثيرات جانبية من أهمها:

١- التهدئة الزائدة وتظهر فى صورة الاحساس بالاجهاد والرغبة فى النوم ونقص اليقظة الذى يصل إلى درجة تغيم الوعى.

٢- الرعشة وزيادة ضربات القلب وجفاف الحلق والامساك واحتباس البول واهتزاز الرؤية.

٣- حساسية تظهر فى صورة طفح جلدى ويرقان.

٤- تأثيرات أيضية مثل زيادة الوزن.

ويراعى أن الجرعه العلاجية لمضادات الاكتئاب تختلف من مريض لآخر، لذلك نبدأ باعطاء الجرعة صغيرة وتستمر فى الزيادة حتى تصل إلى الاستجابة المطلوبه وذلك باعطاء ٥٠مجم يوميا ثم نزيد الجرعه كل يوم إلى ثلاثة أيام ٢٥مجم إلى أن نصل إلى ١٥٠ مجم فى اليوم ، وبعد أسبوعين يعاد تقييم المريض وإذا كانت الاستجابة أقل من المرغوب والجرعه محتملة تزاد الجرعه بمقدار ٢٥مجم كل ثلاثة أيام حتى تظهر استجابة علاجية او اعراض جانبية او تصل إلى ٣٠٠مجم يوميا كما يراعى أن تكون الجرعة العلاجية فى الاطفال بأقل من ٥ر٢مجم لكل كيلوجرام من وزن الجسم فى اليوم ..ينبه المريض إلى الاعراض الجانبية التى قد تحدث وإلى ان التحسن سوف يكون بطيئا بعد عشرة أيام إلى ثلاثة أسابيع، ويظهر التحسن أولا فى النوم ثم الشهية والاعراض الجسمية والنشاط الحركى وآخر عرض يتحسن هو الاكتئاب، لذلك يلاحظ المريض الذى لديه ميول انتحارية لأنه قد ينتحر فعلا عندما يتحسن نشاطه الحركى وتظل حالته الوجدانية سيئة.

وفى حالة فشل العلاج يراجع التشخيص المرضى الذى أعطى العلاج على أساسه والعقار المستخدم فى العلاج والجرعه العلاجية التى قد تكون غير كافية، والمدة التى أعطى فيها العلاج، ووجود عقاقير أخرى تعطى مصاحبة.

يلاحظ أن نصف العمر (Half-life) لمضادات الاكتئاب يتفاوت من عشر ساعات إلى سبعين ساعة وهذا يتيح إمكانية إعطاء هذه المركبات فى جرعه واحدة، ويلزم للوصول إلى حالة المعدل الثابت للتركيز فى البلازما مدة من خمسة إلى سبعة أيام.

التآثر الدوائى:

يحدث تآثر دوائى للمركبات الحلقية للاكتئاب مع مضادات الضغط المرتفع (مثل الجوانيثدين) فتقلل من تأثيره كمضاد للضغط ، ومضادات الذهان فيحدث تهدئة زائدة وقد يحدث تسمم كولينى بسبب تآثرهما معا، ومع مثبطات الجهاز العصبى المركزى (مثل الكحول ومشتقات الأفيون)فيزداد تثبيط الجهاز العصبى المركزى وهناك تآثر (تداخل) يقلل من معدل المركبات الحلقية فى البلازما يحدث مع حبوب منع الحمل وتدخين السجائر وتعاطى البار بتيورات والليثيوم وكلوريد الأمونيوم وحمض الاسكوربيك، بينما يوجد تداخل يزيد من المعدل فى البلازما مع حمض الساليسيليك ومدرات البول الثيازيدية وبيكربونات الصوديوم .

يمنع اعطاء المركبات الحلقية المضادة للاكتئاب لمرضى القلب الذين لديهم اضطراب توصيل فى عضلة القلب، والمرضى المصابين بمرض الصرع.

جـ - مضادات القلق

(Antianziety Drugs)

كانت تستخدم البروميدات كمضاد للقلق إلى أن اتضح أنها تتراكم وتسبب تسمم فى الثلاثينيات من هذا القرن ، فأفسحت المجال للباربيتيورات (Barbiturates)، ولكن ظهر أيضا أنها تسبب تعودا فسيولوجيا وتصبح الجرعه غير كافية لإحداث التأثير السابق (إطاقة) (Tolerance) وينتج تفاعل انسحابيا عند وقفها ..(Withdrawal Reactionm) وفى أوائل الخمسينيات اكتشفت المبروبامات (Meprobamate) وأطلقت عليها نفس التسمية التى كانت تطلق على الكلوربرومازين وهى مطمئن (Tranquilizer) لتجنب تسمية مهدئ (Sedative) ومنها الأسماء التجارية (كويتان)(Quitan) (ومبرو) (Mebro)وكل منه (٤٠٠ مجم)أقراص .

وفى أواخر الخمسينيات ظهر الكلورديازيبوكسيد (Chlordiazepoxide) ذو الأثر المهدىء والمنوم (Sedative-hypnotic) وكان هو بداية البنزوديازين (Benzodıazepines) التى تتابع ظهورها فى الستينيات وإلى الآن.

ويمكننا أن نقسم مضادات القلق إلى مجموعتين أساسيتين هما:-

١- مجموعة مهدئة منومة (Sedative-hypnotic) وهى ذات تأثير مهدئ يؤدى إلى النوم ومرخية للعضلات ومضادة للتشنجات ويقل مفعول الجرعة العلاجية بمرور الوقت أى تحدث إطاقة (Tolerance) وينتج تعود فسيولوجى وسيكولوجى.

وتشمل المجموعات الفرعية الآتية:-

أ- الباربتيورات -: مثل الفينوباربتال.

ب- مشتقات الجلسرول : (Glycerol drivative) مثل الميروبامات.

جـ البزوديازين (Benzodiazepines) : وهى أهم وأكثر المجموعات المضادة للقلق استخداما ومن أمثلتها الكلوريازيبوكسيد (ليبريوم) والديازيام (فاليوم).

٢- مجموعة مهدئة ذات تأثيرات على الجهاز العصبى المستقبل (Sedative autonomic) وتتميز بأنها تزيد من توتر (Tone) العضلات وتقلل من عتبة التشنجات (Threshold) ولكن ليس لها تعود (إدمان) ولايقل تأثير الجرعه بطول فترة التعاطى، ولها تأثيرات على الجهاز العصبى المستقل الذى قد يجعلها غير مقبولة من المرضى.

وتشمل المجموعات الفرعية الاتية :-

أ- مضادات الهستامين (Anthihistamines): مثل (الداى فين هيدرامين) (Diphenhydramine) الذى يعرف تجاريا باسم (بنادريل)(Benadryl) و(هيدروكسيزين) (Hydroxyzine) الذى يعرف تجاريا باسم (أتراكس) (Atarax)فى صورة أقراص (١٠، ٢٥مجم) وشراب بتركيز١٠مجم فى كل ٥سم٣.

ب- مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات (Tricyclic Antidepressants) مثل (الأميتريبتيلين) (Amitriptyline) الذى يعرف تجاريا باسم (التريبتوزول)

وهناك عقاقير أخرى تستخدم فى علاج القلق منها مقفلات مستقبلات البيتا الأدريناليه (B-Adrenergic blockers) مثل (البروبرانولول) (Propranolol) الذى يفيد فى علاج الأعراض الطرفيه للقلق وهى الشعور بضربات القلب والرعشه وعرق الكفين.. وهناك مجموعة (أزاسبيروديكانديون) (Azaspirodecanedione) التى تضاد مستقبلات (ألفا -١) السيروتونيه خاصة فى النواة الحاجزية الظهرية (Dorsal raphe) والحصين (Hippocampus)، ونصف عمرها قصير ٣ساعات ،ولا خطورة من الاعتماد عليها ،ولا تؤثر فى الانزيمات ، وتفضل فى كبار السن، ومن أهمهاعقار (بوسبيرون) (Buspirone)*الذى يعرف تجاريا باسم بوسبار (Buspar)، الذى تشير الفكرة المبدئية عنه أنه ليس مهدئا ولايحدث ادمان، كما أنه لايرخى العضلات ولايعالج التشنجات .. وتعتبر البنزوديازيين أكثر مضادات القلق استخداما وافتراض أنها تعمل من خلال مستقبلات خاصة فى الدماغ واعتبرت مرتبطة وظيفيا بمستقبلات (الجابا) (GABA) (Gamma Amino Butyric Acid) التى تعمل على إدخال أيونات الكلور إلى داخل الخليه بدرجة زائدة تؤدى إلى استقطاب الزائد للخليه مما يقلل من إثارتها وبالتالى تقل إثارة الجهاز العصبى فتحدث التهدئه .

وهناك افتراض بأن مركبات تسبه البنزوديازبين تفرز داخليا وتعمل على مستقبلات خاصة بها وتقلل القلق، وأن نقص هذه المركبات يسبب القلق مما يستدعى تعاطيها كمركبات خارجية.

ويمكن تقسيم مجموعة البنزوديازبين حسب طول مدة مفعولهما إلى ما يلى:

١- قصيرة المفعول جدا :وهى التى يظل مفعولها من ساعتين إلى سبع ساعات، ومن أمثلتها عقار (الترايازولام) (Triazolam) ويعرف تجاريا باسم (هلسيون) (Halcion) وجرعته اليومية تتراوح بين (٢٥ر٠ ، ٢٥٠ر٠ مجم)

٢- قصيرة المفعول :ويظل مفعولها (من ٦ إلى ١٢ ساعة)، ومن أمثلتها العقاقير الآتية:-

- البرازولام (Alprazolam)ويعرف تجاريا باسم (زنكس) (Xanax) وجرعته اليومية (من٥ر٠-٦مجم)، ويوجد فى صورة أقراص (٢٥ر٠ ، ٥ر٠ ، ١ مج)

- الاكسازيبام (Oxazepam)ويعرف تجاريا باسم (سريباكس) (Serepax) وجرعته اليومية (٣٠ - ١٢٠ مجم) ويوجد فى صورة كبسولات (١٠، ١٥، ٣٠مجم).

- لورازيبام (Lorazepam) ويعرف تجاريا باسم (أتيفان) (Ativan) وجرعته اليوم (١ - ١٠ مجم) ويوجد فى صورة أقراص (٥ر٠،١،٢مجم) وأمبولات ٤ مجم ١ سم٣، وفى كل أمبولة ١سم٣.

- لورميتازيبام (Lormetazepam)ويعرف تجاريا باسم (نكتاميد)(Noctamid) وجرعته اليومية (٥ر٠-٢مجم)، ويوجد فى صورة أقراص (٥ر٠،١مجم).

- تيمازيبام (Temazepam) ويعرف تجاريا باسم (نورميزون)(Normison)

وجرعته اليومية (١٠-٢٠ مجم)، ويوجد فى صورة كبسولات (١٠، ١٥ . ٣٠مجم).

٣- متوسطة مدة المفعول ويظل مفعولها (من ١٢ إلى ٣٦ ساعة) ومن أمثلتها العقاقير الآتية:-

- كلورديازيبوكسيد (Chlodiazepoxide)ويعرف تجاريا باسم (الليبريوم) (Librium) ، وجرعته اليومية (١٥ - ١٠٠مجم)، ويوجد فى صورة أقراص (٢٥،١٠،٥مجم)، وأمبولات ١٠٠مجم فى ٢سم٣.

- ديازيبام (Diazepam) ويعرف تجاريا باسم(فالينيل)(Valinil) أو (فاليوم) (Valium)، وجرعته اليومية (٢-٦ مجم) ، ويوجد فى صورة أقراص (٢ ،٥، ١٠مجم)، وأمبولات (١٠مجم فى ٢سم٣)، وشراب بتركيز (٢ مجم فى كل سم٣).

- برومازيبام (Bromazepam) ويعرف تجاريا باسم (لكسوتانيل)(Lexotanil) أو الكالميبام (Calmepam) وجرعته اليومية (٥ر١-١٢مجم)، ويوجد فى صورة أقراص (٥ر١، ٣، ٦مجم):

- كلورديمثيل ديازيبام (Chlordemethyl diazepam) ويعرف تجاريا باسم (إى إن) (.E.N) وجرعته اليومية (٥ر٠-٦مجم)، ويوجد فى صورة أقراص (٥ر٠ مجم) ونقط بتركيز ١ مجم فى ١ سم٣.

٤- طويلة المفعول : ويظل مفعولها (من ٤٥ ساعة إلى ٩٠ ساعة)، ومن أمثلتها العاقير الآتية:-

- فلورازيبام (Flurazepam) ويعرف تجاريا باسم (دلمن) (Dalmane) وجرعته اليومية (١٥ -٣٠ مجم)، ويوجد أقراص (١٠، ١٥، ٣٠مجم).

- نيترازيبام (Nitrazepam) ويعرف تجاريا باسم (موجادون) (Mogadon) وجرعته اليومية (١٠-٣٠ مجم)، ويوجد فى صورة أقراص (٥، ١٠مجم).

- وفلونيترازيبام(Flunitrazepam) ويعرف تجاريا باسم (روهيبنول)(Rohypnol) وجرعته اليومية (٢-٦مجم)، ويوجد فى صورة أقراص (٢مجم)، وأمبولات (٢ مجم فى ١سم٣).

- كلوازيبام (Clorazepam) ويعرف تجاريا باسم (ريفوتريل)(Rivotril) وجرعته اليومية (٥ر٠-٦مجم)، ويوجد فى صورة أقراص (٥ر٠، ٢مجم)، وأمبولات (١ مجم فى ١ سم٣).

- كلورازيبات (Clorazepate) ويعرف تجاريا باسم(ترانكسين)(Tranexene)، وجرعته اليومية (١٠-٦٠ مجم)، ويوجد فى صورة كبسولات (٥، ١٠مجم)، وأقراص (٥٠ مجم).

وهناك مجموعه سيكلوبيرولون (Cyclopyrrolones) ومن أمثلتها زوبكلون (Zopiclone)وهو يشبه البنزوديازبين وجرعته ٥ر٧مجم قبل النوم بوقت قصير .

يراعى فى استخدام مضادات القلق :

يراعى أن يكون استعمال مضادات القلق فى فترات منقطعة لتجنب الاعتماد على هذه العقاقير (خاصة البنزوديازبين والمبروبامات والباربتيورات) وألا تستخدم إلا فى حالة أعراض شديدة ، ويؤخذ فى الاعتبار العلاج النفسى دون استخدام العقاقير ، وتعطى للأشخاص المدمنين للكحول أو العقاقير ، ويحذر من تناول الكحول معها ، ويعطى عدد الأقراص حسب الجرعه والمدة المطلوبة، ويتم سحبها تدريجيا (وقفها) ، ويراعى ألا تزيد فترة التعاطى عن شهر واحد.

ودواعى الاستخدام هى:

١- حالات القلق : حيث تنفيد أى من تلك المركبات عدا حالات الهلع فإنها لاتظهر تحسنا إلا مع عقار (البرازولام).

٢- تقلص العضلات : مثل التقلص المصاحب لحالات التصلب المتناثر والتيتانوس والشلل المخى (Cerebral Palsy)

٣- التشنجات التى لم يمكن وقفها بمضادات الصرع الأخرى، ويفضل عقاقير (لورازيبام) أو (الديازيبام) أو (الكلونازيبام) حقنا فى هذه الحالات، ويعطى عقار (لورازيبام) حقنا بالعضل حيث يمتص بسرعة مناسبة، وبدأ استخدامه بالعضل بديلا لحقن عقار (الديازيبام) بالوريد فى حالات الطوارئ النفسية، باستثناء حالات الانسمام بعقار (الب سى ب)(PCP).

٤- فى حالات التوقف عن الكحول وظهور أعراض سحبه، لأن مفعولها يشبه الكحول وهى مضادة للتشنجات التى قد تكون موجودة.

٥- فى التحضير للعمليات الجراحية حيث تهدئ المريض وتجعله ينام جيدا ليلة إجراء الجراحة .

الأعراض الجانبية لمضادات القلق :

١- التهدئة الزائدة.

٢- نقص التركيز مما يجعل بعض الأنشطة خطرة مثل قيادة السيارات.

٣- التعود والادمان خاصة العقاقير قصيرة المفعول مثل عقار (لورازيبام) (أتيفان).

ولقد قدم للاستخدام الطبى (عام ١٩٨٧) عقار الفلومازينيل (Flumazenil) الذى يعرف تجاريا باسم (أنكسات)(Anexate) ، وهو مضاد للبنزوديازبين فى مفعولها، حيث

يتحد مع مستقبلات البنزوديازبين داخل الجهاز العصبى المركزى فيبطل ما تحدثه من زيادة نشاط الجابا (GABA)، ولذا فيمكن إعطاؤه في حالات الجرعة الزائدة من البنزوديازبين أو التسـمم بها، وفى التمييز بين حالات السبات الناتجة من تسمم البنزوديازبين والناتجة من عقاقير أخرى أو آفة مخية ، كما يستخدم فى وحدات الرعاية المركزة للفطام من التنفس الصناعي، ويعالج عقار الفلومازينيل التثبيط الحادث لمركز التنفس بواسطة تعاطى الأفيون او مشتقاته ..ويعطى بجرعة (٢ر٠ إلى ٨ر٠مجم)، فحقنه وريديا بجرعة (٢ر٠مجم) يعيد الوعى لأغلب المرضى فاقدى الوعى بسبب جرعات زائدة من البنزوديازبين .

د - أملاح الليثيوم

قدم الليثيوم إلى الحقل الطبى منذ القرن الماضى حيث استخدم كعلاج للنقرس ثم جرب فى منتصف هذا القرن فى علاج مرض الهوس إلى أن أصبح فى منتصف الستينيات علاج معترف به للهوس والاكتئاب .

ومفعول الليثيوم هو إعادة التوازن المفقود بين أمنيات الكاتيكول والأستيل كولين (وذلك بواسطة تكسير أمينات الكاتيكول و تثبيط اطلاقها عند المشبك العصبى وتقليل حساسية المستقبلات بعد المشبكية لتأثير امينات الكاتيكول) وكذلك من خلال تأثيره على جدار الخلية من خلال التشابه بين ايون الكالسيوم والمغنسيوم حيث يستبدل بأى منهما فيزيد من نفاذية الجدار الخلوى ويعيد التوازن بين الهوابط داخل و خارج الخلية او تثبيط انزيم معين داخل الخلية العصبية يسبب نقص استجابتها للناقلات العصبية

دواعى استعمال الليثيوم :-

١- فى حالات الهوس.

٢- نوبات الاكتئاب كوقائى فى حالات الاضطراب ثنائى القطبية .

٣- الفرط الحركى خاصة المصاحبة بتخلف عقلى .

٤- اضطراب الفصام الوجدانى.

٥- حالات العدوان (السلوك العدوانى) غير الممكن كبحها.

٦- فى حالات الاضطراب العقلى المرتبطة بالاسترويد القشرى .

ويراعى قبل وصف الليثيوم إجراء بعض التحاليل المعملية مثل تحليل البول و اختبار وظيفة الكلى و الغدة الدرقية وعد دم كامل.

ويحظر الليثيوم تماما فى حالات:-

١- الحمل والرضاعه
٢- الفشل الكلوى
٣- نقص الصوديوم
٤- استعمال مدرات البول
٥- فشل القلب
٦- مرض الغدة الدرقيه

ويتم تجنب إعطاؤه أيضا فى حالات:

١- الغذاء الخالى من الملح.

٢- مع مضادات الالتهاب غير الاسترويدى.

٣- مع الكاربامازبين.

٤- مع الفلوكسيتين والفلوفوكسامين.

ويجب عمل الآتى قبل البدء بالعلاج بالليثيوم:

١- فحص طبي شامل. ٢- رسم قلب.

٣- اختبار حمل فى حالات الشك فى الحمل. ٤- معدل الكهارل فى الدم.

٥- وظيفة الكلى (Creatine clearance). ٦- وظيفة الغدة الدرقيه

٧- (T3-T4)عد دم كلى ومتميز وصفائح دموية وسرعة ترسيب.

ولكى يعطى الليثيوم مفعولا علاجيا ينبغى أن يكون مستوى تركيزه فى البلازما بين (٠,٩، ١,٤ميللى مكافئ لكل لتر) ويقل عن ذلك فى حالات المرضى كبار السن. . و بعد الوصول إلى التأثير العلاجى المطلوب يقلل مستوى التركيز فى البلازما إلى أن يصبح بين (٠,٤، إلى ٠,٩ مللى مكافئ لكل لتر) .. ويؤخذ فى الحسبان ان الليثيوم يتأخر فى دخوله إلى الخلية وانه لكى يصل إلى حالة الثبات يستغرق خمسة أيام من بدء التعاطى و ان افضل وقت لاخذ عينة القياس هو بعد اثنتا عشرة ساعة من آخر جرعة. . وتقدر الجرعة حسب الوزن واستجابة المريض. . ويقاس مستوى الليثيوم أول مرة بعد خمسة أيام من بدء العلاج ثم بعد الوصول إلى المستوى العلاجى المطلوب يقاس أسبوعيا لمدة شهر ثم فى الشهر الثانى يقاس كل أسبوعين ثم كل شهر ثم كل شهرين بعد ذلك. .

وتوجد اعراض جانبية لليثيوم:-

١- جفاف الحلق فى ثلثى المرضى.

٢- الرعشة لليدين فى نصف المرضى.

٣- والاسهال والسمنة فى خمس المرضى.

٤- تقليل وظيفة الغدة الدرقية.

٥- التأثير على وظيفة الكلى فى حالات تعاطى الليثيوم لفترات طويلة في نسبة قد تصل إلى(٢٥٪).

ويلاحظ أن الليثيوم لا يتحد مع بروتين البلازما بأى قدر منه ولكنه يتوزع فى سوائل الجسم ونصف عمر الليثيوم عشرون ساعة ويتم افرازه عن طريق الكلى ويفرز أيضا فى لبن الأم المرضعة

التآثر الدوائى مع الليثيوم :

- أغلب مدرات البول تزيد من مستوى الليثيوم فى الدم لدرجة تصل إلى حدوث تسمم ولكن المدرات الاسموزية والزانثينات (مثل القهوة) تقلل من معدل الليثيوم بالدم.
- اعطاء مضادات الذهان مع الليثيوم ينشأ عنه تآذر مفعولها وتزداد الاعراض الجانبية العصبية غير المرغوبة ، لعقار الليثيوم (عدا مع عقار الهالوبيريدول).
- مع مضادات الصرع بما فيها الكاربامازبين قد تحدث اعراضا عصبية غير مرغوبة

أهم أسباب التسمم بالليثيوم:

١- غذاء خإلى من الملح :نقص الصوديوم يجعل الكلى تعيد امتصاص الليثيوم وتتعامل معه كبديل للصوديوم مما يزيد من تركيزه ويوصل لحاله التسمم ، خاصة وأن المدى المأمون لجرعه الليثيوم ضيق جدا.

٢- الحرارة والجفاف وكثرة العرق.

٣- خطأ فى حساب الجرعه او زيادتها

٤- تآثر دوائى.

وأعراضه هى : التبلد والاسهال والأرق وغثيان وقئ ، ثم تتحول مع زيادة التسمم إلى رعشه غليظه وارتباك لحركه وعدم اتزان ودرخه وتقطع الكلام ، كما يتأثر التوصيل داخل عضلة القلب وقد يصل إلى توقفها ، وفى شدته يحدث تشنجات وتقيم وعى وخلل تنفس وزيادة المنعكسات العصبية.

وعلاجه:

- سرعة إدخال المريض مستشفى .
- سحب الليثيوم.
- تحديد المعدل فى الدم مع تحاليل للكهارل والصوديوم.
- او يوضع فى الرعاية المركزة خاصة فى الحالات الشديدة.
- يعطى مانيتول ومحلول ملح مع غسيل دم لليثيوم (Extrarenal dialysis)

مضادات التشنج (الصرع)

(Anticonvalsants)

ومن أهم عقاقير الكاربامازبين والفالبروات والتى تستخدم فى علاج الاضطراب ثنائى القطب وفى بعض حالات الذهان.

وعقار الكاربامازبين (Carbamazepine)يعرف هذا العقار تجاريا باسم (التيجريتول) ويستخدم فى علاج الصرع ويعطى فى الطب النفسى لمرضى الاضطراب ثنائى القطبية كبديل لعقار الليثيوم وفى اضطراب الشخصية الحدية والاكتئاب غير النمطى المتميز بمشاعر اختلال الإنية والاضطرابات الادراكية . . و يمتص العقار ببطء ويصل إلى قمته فى البلازما بعد أربع وعشرون ساعة . . وطريقة عمل الكاربامازبين يعتقد أنها من خلال الجابا او من خلال تغيير نشاط بعض الانزيمات .

يعطى العقار بعد عمل صورة دم متضمنة عد الدم الأبيض ووظائف الكبد بجرعة مبدئية (٢٠٠ مجم) مرتين يوميا و تزداد بمقدار (٢٠٠ مجم) فى اليوم كل أسبوع إلى أن يصل المعدل فى البلازما إلى ٦-٨ مجم فى كل لتر و يمكن أن تصل الجرعة إلى ١ ، ٢٠٠ مجم او ٢٠٠٠مجم فى اليوم يوجد منه أقراص ٢٠٠ مجم وشراب بتركيز ٥/ ١٠٠سم٣

التآثر الدوائى :

وخلط الليثيوم مع الكاربامازبين يحدث تآذرا بينهما يزيد من فعاليتهما فى الحالات التى لا تتحسن مع أحدهما على حده ولكن يراعى أن قلة من الحالات قد يحدث لها تسمم هذا التآذر لذا تزداد جرعة كل منهما ببطء شديد

الأعراض الجانبية للكاربامازبين :

- الغثيان والقئ والدوخة والرنح واهتزاز الرؤية ويمكن تحاشى هذه الاعراض باعطاء الجرعة فى تزايد تدريجى.
- بعض المرضى يحدث لهم فقر دم او نقص فى كرات الدم البيضاء (ندرة المحببات) لذا يلزم عمل صورة دم كل ثلاثة شهور وكذلك وظائف الكبد .

ويحظر إعطاء الكاربامازبين فى حالات :

١- الحساسية له.

٢- اضطراب التوصيل بغضلة القلب.

٣- الخلط مع مثبطات الانزيم المؤكسد للأمينات الأحادية (MAOI) ويلزم أسبوعين بعد وقفها ليتم إعطاؤه.

٤- يتم تجنب إعطاؤه مع العقاقير (Erythromycin, Valbroate, Isoniazide)

قبل إعطاء الكاربامازبين يجب إجراء الآتى:

١- فحص طبى شامل.

٢- عمل رسم قلب.

٣- عد دم كامل وصفائح دموية.

٤- وظائف كبد كامله.

٥- معدل الكهارل والكرياتنين.

تبدأ لجرعه قليله وتزاد تدريجيا ، غالبا بين ٦٠٠-٨٠٠ مجم/اليوم ، ويوجد حاليا عقار أكسكاربازين (Oxcarbazepine) المعروف تجاريا باسم ترايلبتال (Trileptal) ومنه ٣٠٠مجم و٦٠٠مجم أقراص.

وحمض الفاليرومات (Valproic acid) ويعرف تجاريا باسم الديباكين (Depakine) أو الفاليرومات (Valproate) أو الكونفيولكس.. (Convulex) ويتوفر من الديباكين أقراص ٢٠٠ مجم وشراب بتركيز ٢٥٠ ملى لتر ، أما الكونفيو لكس فيتوفر منه كبسولات ١٥٠ مجم و ٣٠٠ مجم، وشراب بتركيز ٣٠٠ مجم فى سم٣ .ويحظر استعماله فى مرض الكبد والحساسية للعقار ، ويعطى بجرعه مبدئيه ١٥ مجم لكل كجم من وزن الجسم وتزاد أسبوعيا بمقدار ٥-١٠ مجم لكل كجم فى اليوم ، حتى توقف النوبات او تظهر الأعراض الجانبيه، والحد الأقصى للجرعه ٦٠ مجم لكل كجم من وزن الجسم.

ثانيا - العلاج بالكهرباء (النوبات المحدثة كهربائيا):

وهو يتمرير كهرباء من خلال جهاز الصدمات الكهربائى الذى يحول فرق الجهد إلى ٣٠-١٧٠ فولت لمدة ثانية واحدة واحدة إلى خمس ثوان وعند مرور هذه الكهرباء بالدماغ تحدث تشنجات لذلك بالعلاج الكهربائى المحدث للتشنجات او

النوبات المحدثة كهربائيا .

يشاع عن هذا النوع من العلاج خطأ أنه يحدث تلفا بالدماغ وهذا غير صحيح حيث تعد النوبات المحدثة كهربائيا من العلاجات الطبنفسية الهامة والمفيدة والمأمونة ولقد بدأ استخدام هذا النوع من العلاج فى (روما) عام (١٩٨٦) وبدأ تعديل طريقة الاستخدام باعطاء مرخى العضلات فى عام (١٩٥٧).

ويستخدم هذا العلاج فى الحالات الآتية :

١- الاكتئاب خاصة المصاحب باحساس شديد بالذنب وميول انتحارية وبطء شديد فى السلوك الحركى وفقدان الوزن والاهتمام وارق عند الفجر .

٢- حالات الاضطراب الوجدانى ثنائى القطبية فى حالة الاكتئاب منه.

٣- حالات الهياج سواء كان ذلك فى الهوس او الفصام الكتاتونى.

٤- ويرى البعض أنها مفيدة فى حالات الفصام الحاد خاصة عندما تكون مصاحبة بأعراض اكتئابية .

ويحظر إعطاء عقاقير البنزوديازبين مع او قبل جلسات الكهرباء لأنها مضادة للتشنجات وكذلك مع مثبطات الانزيم المؤكسد للأمينات الأحادية وقطرات العين المضادة للكينستراز والليثيوم الذى قد يغير من أيض مرخى العضلات

ويجب عدم تحديد الجلسات فى أول العلاج ويقوم المريض بعد كل جلسة وقد تكون الاستجابة بعد ثلاث جلسات كافية وتعطى الجلسات مرتين او ثلاثة مرات أسبوعيا على أن لا تقل الفترة بين كل جلستين عن ٤٨ساعة.

كما يجب ملاحظة مريض الاكتئاب الذى لديه ميول انتحارية بعد بدء جلسات العلاج الكهربائى حيث يتحسن النشاط الحركى بينما يتأخر تحسن الحالة الوجدانية وهذا قد يؤدى به إلى الانتحار .

ولقد لوحظ أن العلاج بالنوبات المحدثة كهربائيا بعد عدد من الجلسات) من ٤ إلى ٦ جلسات (يؤدى إلى تغيير فى موجات الدماغ الكهربائى حيث تصبح بطيئة وذات فرق جهد عالى ومنتشرة ومتماثلة فى الجانبين وهذا يعنى أنها ناشئة من التراكيب العميقة فى الدماغ غالبا الدماغ البينى (أى المنطقة التى تشمل المهاد وتحت المهاد) وهذا يؤثر على الحالة الوجدانية بالاضافة إلى أن التأثير على تحت المهاد ينبه الغدة النخامية فيفرز هرموناتها (لأن نقصها قد يكون مسئولا عن بعض الاعراض) وهذا التفسير النيوروفسيولوجى لتأثير النوبات المحدثة كهربائيا وهناك تفسير آخر كيميائى يفترض أن التحسن الاكلينيكى نتج من تغيرات كيميائية بالمخ حيث يحقق التوازن المفقود بين الناقلات العصبية المختلفة (الكولينية والسيرتونية)و (النورادرينالينية) بالاضافة إلى إحداث تغيير فى كل ناقل على حدة . . وهناك أبحاث برهنت على أن النوبات المحدثة كهربائيا تحدث نقصا فى تخليق وافراز الجابا بالاضافة إلى زيادة نشاط الأفيونات الداخلية .

يحضر المريض بأن تكون معدته خالية وتفرغ المثانة وتزال التركيبات الصناعية مثل الأسنان ويعطى مضاد للنشاط الكولينى مثل الأتروبين قبل الجلسة بثلاثين دقيقة لتقليل الافرازات وزيادة ايقاع ضربات النشاط الكولينى بصفة خاصة للمرضى الذين يتعاطون عقاقير تقفل مستقبلات البيتا الادرينالية، يبنج المريض ويعطى مرخى العضلات ويلزم إعطاء الأكسجين من بدء التخدير حتى استعادة التنفس التلقائى المناسب عدا اللحظات القصيرة التى تعطى فيها شحنة الكهرباء ويراعى أن يكون عمق التبنيج خفيفا ما أمكن لتقليل التأثيرات غير المستحبة وتجنب رفع عتبة النوبة الذى يرتبط بالتبنيج. . ويجب أن تظل النوبة من (٣٠-٦٠ ثانية) وعلامة حدوثها بسط الإخمص ويراعى وضع الاقطاب على نصيف كرة المخ غير السائدة لتجنب النسيان الذى يعقب النوبة وتوضع قطعة من المطاط بين الاسنان (لأنها قد تنقبض من التنبيه المباشر للأقطاب).

موانع الاستخدام :

حاليا لا توجد موانع مطلقة لاستخدام النوبات المحدثة كهربائيا ولكن فى بعض الحالات يكون المانع نسبى مثل وجود ورم بالمخ وأحتشاء حديث لعضلة القلب ، حيث يمكن إعطاء النوبات مع إجراءات احتياطية لمنع المضاعفات التى قد تحدث فى هذه الحالات .

يجرى قبل عمل النوبات المحدثه كهربائيا : عد دم كلى ورسم قلب وأشعه على الصدر وتحليل لليوريا والكهارل والكرياتنين، مع أخذ موافقه كتابيه على الجلسات.

ومن أعراضها الجانبيه : نساوة عابرة وحدوث فجوات بالذاكرة وتغيم الوعى بعدها أو قلق بعدها لذا تلزم ملاحظة المريض جيدا .

ثالثا - العلاج الجراحى

حيث يتم التدخل الجراحى لقطع الألياف التى تربط جزءا من الدماغ بجزء آخر او لإزالة او تنبيه جزء من نسيج الدماغ بهدف تعديل او تغيير السلوك المضطرب او محتوى التفكير . . فمثلا تقطع الألياف العصبية التى تصل بين الفص الجبهى من قشرة الدماغ والمهاد فى حالات الاكتئاب المصاحب بأعراض ذهانية والذى يحدث لشخصية صلبة وسواسية فشل معها العلاج بمضادات الاكتئاب والعلاج الكهربائى .

ولهذه الطريقة من العلاج مضاعفاتها التى ينبغى أن يحسب لها حساب قبل التفكير فى إجرائها وتنتقى لها حالات خاصة حتى تؤدى النتيجة المرجوة منها .

الفصل الثانى

العلاج النفسى والإجتماعى

اولا : العلاج النفسي :

يعرف العلاج النفسي بأنه العلاج الذى يستخدم فيه أى من الفنيات النفسية فى علاج الاضطرابات النفسية والعقلية ،أو هو التأتير بشكل ما فى المريض بواسطة المعالج والعلاقة العلاجية .. وفنيات العلاج النفسي كثيرة ولكن للكلمة دور رئيسي فى العلاج النفسي.

وللكلمة تأثير لا يقل عن تأثير الدواء بل هى أسرع منه لأنها لا تحتاج وقتا للامتصاص والتمثيل ثم الوصول الى المستقبلات التى تؤثر عن طريقها ولكى نتصور ذلك علينا أن نتذكر ما تحدثه فينا الكلمات فقد يسمع الفرد كلمة تسبب له مباشرة انفعال يظهر فى صورة زيادة ضربات القلب وارتفاع ضغط الدم وزيادة عدد مرات التنفس ورعشة اليدين والتفسير البيولوجى لذلك أن الكلمة أثارت شحنة انفعالية فى الجهاز السمبتاوى الذى زاد نشاطه عن طريق افراز مادتي الادرينالين والنورأدرينالين وقد يسمع الفرد كلمة بعد تلك الكلمات السابقة تكون بردا وسلاما عليه فتهدأ ضربات قلبه ويرتاح تنفسه وتختفى رعشة يديه أى أن الانفعال قد اختفى وعادت مادتى الادرينالين والنورأدرينالين الى معدليهما الطبيعى .

والكلمة قد تكون من المريض يصف بها معاناته ويخرج بها انفعالاته وتسمي عملية التفريغ الانفعالي او التنفيس الانفعالى أو تكون من المعالج وهى فى هذه الحالة تهدئة و طمأنة او تفسير او توجيه او إيحاء.

واذا كان العلاج النفسى يتم عن طريق الكلمات فى حالة من يستطيع ذلك فإن هناك من لا يستطيع ذلك مثل الاطفال حيث يتم علاجهم بواسطة اللعب

وتستخدم فى ذلك لعب خاصة وقد يتم ذلك بواسطة الرسم او النحت او الموسيقى او الغناء.

والعلاج النفسى وإن كان يهدف جميعه الى تخفيف الاعراض وتحقيق الشفاء ما أمكن ذلك إلا أن لكل نوع من العلاج النفسى هدف يسعى اليه حسب المدرسة التى يتبعها المعالج فالمعالج التحليلى يهدف الى فهم ديناميات المرض ومعرفة اسبابه بينما لا يهتم المعالج السلوكى بذلك حيث يهدف الى تعديل السلوك المرضى الى سلوك سوى.

أنواع العلاج النفسى :

(أ) حسب الإطار الذى يتم فيه :

١- العلاج الفردى .

٢- العلاج الجماعى والزوجى والأسرى.

(ب) حسب المستوى الذى يصل اليه :

١- العلاج النفسى السطحى .

٢- العلاج النفسى العميق.

(ج) حسب المدرسة المتبعة :

١- تحليلى (المدرسة التحليلية) .

٢- سلوكى (المدرسة السلوكية) .

أ- العلاج النفسى التحليلى

١- العلاج النفسى السطحى (التدعيمى) :

وفيه يعمد المعالج الى تدعيم الوسائل الدفاعية لدى المريض ويعتبر نوعا من التضميد ونلجأ إليه حينما تكون الذات ضعيفة بدرجة قد تجعل مهاجمة الوسائل الدفاعية تؤدى الى انهيار الذات لذلك نساند الذات وندعمها ولا نلجأ

الي التفسيرات او المواجهه بل نسعى الى تقوية دفاعاتها وهو يتعامل مع المرض الحالي أساسيا والعوامل المباشرة (المرسبة للمرض).

ومن مميزات هذا النوع من العلاج :

١) أنه أبسط الأنواع وقصير المدة .

١- قليل فى اعراضه الجانبية ولا يتطلب أن يغير الفرد طريقة حياته .

٢- يمكن دمجه مع أنواع أخرى من العلاج .

لذلك يكثر استخدام هذا النوع من العلاج ولكن من عيبوبه :

١- أنه أقل شفائية وتأثيره سطحى.

٢- تزيد نسبة الانتكاس فيه .

ونظرا لهذه العيوب فإنه يمكن تطوير هذا النوع من العلاج الذى يعتبر علاجا تدعيميا مخططا حيث يشمل بعض التفسير والمواجهه ويمكن أن يصبح الشكل المطور لهذا النوع من العلاج ما يلى :

عدد من الجلسات النفسية (المقابلات) يتراوح بين ١٢،٨ جلسة تتم أسبوعيا مدة كل منها من ثلاثين دقيقة إلى خمس وأربعين تكون أهدافها وتوزيعها كالتالى :

١- بناء علاقة بين الطبيب (المعالج) والمريض وأخذ التاريخ المرضى والفحص ويتم ذلك في جلستين الى أربعة جلسات .

٢- اختيار الاهداف وبلورة خطة العلاج فى عدد يتراوح بين ثلاثة وأربعة جلسات.

٣- التفسير وربط التفسيرات بحياة المريض وفهمه لها ومدى قبوله لها فى آخر ثلاثة الى أربعة جلسات .

وعلى المعالج أن لا يكثر من النصح والارشاد ويترك الفرصة للمريض لكى

يصل بنفسه الى ما يريده هو بتوجيه فقط من المعالج لذلك كان أكثر العناصر أولوية وأهمية في الخطة السابقة للعلاج هو التنفيس (أي تعبير المريض عن نفسه وإخراج انفعالاته) حيث يخصص المعالج له ما يقرب من ٧٠٪ من الوقت ثم يليه الاستكشاف (يستدعى المريض الصدمة ويكتشف الروابط بينما المعالج يستفسر) وهذه يخصص لها المعالج ما يقرب من ٢٠٪ من الوقت ثم آخر المراحل وهى التوجيه (المعالج يطمئن المريض ويفسر له الاعراض بينما المريض يستمع ويستفسر) ويخصص له ١٠٪ من الوقت فقط .

الحالات التي يمكن استخدام العلاج التدعيمي معها :

بصفة عامة يمكن استخدام العلاج التدعيمى مع كل أنواع الاضطرابات النفسية ولكن يخطط لكل نوع من المرض النفسى بحيث يتفق معه فمثلا مريض الفصام يحتاج الى علاج تدعيمى ومريض الذهان عموما يحتاج الى علاج تدعيمى ،حيث يقيم فيه علاقة مع المعالج بجانب الدواء ولكن هذا النوع من العلاج التدعيمى يختلف عن مثيله الذى يتلقاه مريض عصابى والذى يكون مخططا بالشكل السابق وصفه، حيث يكون المريض واعيا باضطرابه الانفعالى ويرغب فى العلاج.

التنبؤ مع العلاج التدعيمي :

١- تتوقف نتيجة هذا النوع من العلاج على شخصية المريض فكلما كانت شخصية المريض أقل نضجا كلما كانت استجابته للعلاج بطيئة .

٢- تتوقف أيضا على نوع المرض النفسي فمثلا المريض النفسى الذهانى ومريض الوسواس القهرى تقل استجابته وتكون غير مرضية لهذا النوع من العلاج.

١- العلاج النفسى التحليلى :

وهو العلاج الذى يصل الى عمق يمكن معه فهم أجزاء شخصية المريض (الانا والأنا الأعلى والغرائز)

والحيل الدفاعية التى يسلكها الأنا فى مواقفة خاصة مقدار كبت الغرائز

وإطلاق هذا الكبت للتعبير عن اللاشعور ويتم ذلك فى من خلال التداعى الحر الموجه من المعالج ومن خلال تفسير الأحلام والتصرفات فى المواقف وزلات السان وقد يستغرق ذلك من أسابيع الى شهور وخلاله يحدث الطرح من المريض تجاه المعالج طرح تجاه المريض أيضا يسمى بالطرح المضاد وهو أن المريض يطرح مشاعر وأفكار كانت تجاه شخصيات سابقة فى حياته تجاه المعالج وحل هذا الطرح جزء من العلاج النفسى .

ويتم هذا العلاج النفسى التحليلى فى إطار فردى وفى جلسات تسمى جلسات العلاج النفسى يفضل أن لا يقل عددها عن مرتين أسبوعيا مدة كل منها من ثلاثين الى خمس وأربعين دقيقة.

ويطبق هذا النوع من العلاج النفسى مع المرضى الذين يقل ذكاؤهم عن المتوسط ويفضل أن يكونوا من صغار السن (أقل من أربعين عاما) ليس لديهم اعراض ذهانية ذو شكل مقبول وقدرة مادية للاستمرار فى هذا العلاج إذا كان على نفقة المريض.

٢- التحليل النفسى:

وهو الوصول الى عمق ليس للفهم او لحل الصراعات (الداخلية او الخارجية) مثل النوع السابق ولكنه إعادة بناء للشخصية من خلال تداعى حر تام وتفسير الاحلام وتفسير الطرح العصابى الأمر الذى يجعل اللاشعور شعوريا وحل الحيل الدفاعية وإعادة تركيب (بناء) أجزاء الشخصية من خلال التفسير مع إعادة التعلم. . وهذا العلاج يستلزم معالجا مر هو نفسه بخبرة التحليل النفسى كعلاج حتى يفهم ويفصل بين ما هو خاص بالمريض من مشاعر وما هو خاص به وعلى ان يكون المريض من النوع الموصوف مسبقا (فى العلاج النفسى التحليلى) و يلزم لهذا النوع من العلاج عددا أكثر من الجلسات الأسبوعية لا تقل عن ثلاثة و قد تصل إلى خمسة جلسات أسبوعيا ويمتد من عام الى ستة أعوام ومدة الجلسة الواحدة تتراوح بين أربعين الى خمسين دقيقة .

ب - العلاج النفسى السلوكى :

ويعتمد هذا النوع من العلاج على حقيقة أن الاعراض العصابية أنماط متعلمه من السلوك التى نتجت أساسا لتخفيف القلق ويرى المعالجون المسلكيون أننا اذا استطعنا إزالة التشريط لدى المريض فإننا نستطيع تغيير الفعل المنعكس المسئول عن اعراض المريض. . ومن أهم الفنيات المتبعة فى العلاج المسلكى ما يلى :

١- سلب الحساسية التدريجى : وتستخدم فى حالات الرهاب وذلك بالتعرض التدريجى والمتكرر لمثير القلق (الخوف) حتى يمكن الاسترخاء مع وجود المثير (مثل الخوف من الدم نهئ المريض نفسيا للتعرض التدريجى للدم بذكر الاسم ثم التقريب التدريجى مع الاسترخاء الى أن يصير فى متناول اليد دون خوف).

٢- إزالة التشريط : وتستخدم فى حالات ادمان الكحول حيث يعطى المدمن حقنة (ابومورفين) ثم يعطى بعدها الكحول فتظهر أعراض الغثيان والقئ وآلام المعدة مع زيادة•ضربات القلب فيؤدى ذلك الى النفور من الخمر. .وتستخدم أيضا فى حالات الجنسية المثلية حيث يعطى صورة لممارسة جنسية مثلية ويطلب منه الاندماج فى تخيل نفسه أحد الطرفين فى الصورة (طبقا لاضطرابه) ثم حين يصل إلى الاندماج فى التخيل يعطى صدمة كهربية مؤلمة ويكرر ذلك عدة مرات على أيام فيحدث النفور من الجنسية المثلية.

٣- التعليم الشرطى الإيجابى : وتستخدم فى حالات التبول اللاإرادى حيث يوضع جهاز الجرس الذى يتصل بشريحتين من المعدن توضعان فوق بعضهما وتفصل بينهما ملاءة والعليا بها ثقوب ومتصلتان ببطارية وعندما يبول الطفل تبلل الملاءة التى بين الشريحتين فتغلق الدائرة ويرن الجرس فيستيقظ الطفل وبتكرار ذلك يتعلم أن يستجيب لامتلاء المثانة بالاستيقاظ بدلا من التبول.

٤- الإعادة الحيوية : ويستخدم لذلك جهاز متعدد الأنواع منه الإعادة الحيوية

لرسم العضلات او تخطيط الدماغ وعلى سبيل المثال يستخدم جهاز الإعادة الحيوية لرسم العضلات فى حالات صداع التوتر ،توضع أقطاب الجهاز على عضلات الجبهة فينتقل توتر عضلة الجبهه إلى الجهاز الذى يطلق صوتا عاليا يختفى هذا الصوت كلما إستطاع المريض الاسترخاء الإرادى وبتكرار هذا التدريب يستطيع المريض أن يسترخى إراديا دون معونة الجهاز وهذا يترتب عليه اختفاء الصداع.

والجدول التالى يبين مقارنة بين العلاج النفسى التحليلى والعلاج النفسى السلوكى:

العلاج التحليلى	العلاج السلوكى
١- يعتبر العرض تعبيرا عن عقد اللاشعور	١- يعتبر العرض استجابة غير تكيفية
٢- العرض يعتبر تخفيف للكبت	٢- العرض دليل على تعلم خاطئ .
٣- العرض يتحدد بالحيل الدفاعية والقدرات الخاصة	٣- العرض يتحدد باختلاف التشريط بالجهاز العصبى المستقل والظروف المحيطة .
٤-كل علاج العصابيين يجب أن يكون على أسس تاريخية	٤- كل علاج العصابيين يتعلق بتكوين العادة .
٥- يختفى العرض بعلاج اللاشعور	٥-يعالج العرض منفصل ويثت مكانه مايراد .
٦- يهتم بتفسير الاحلام والافعال	٦-التفسير لا يعنيه .
٧-العلاج الموجه للعرض يؤدى الى تغييره فقط	٧-علاج العرض يعطى شفاء دائما .
٨-الطرح هام فى العلاج	٨-علاقة الطرح غير هامة فى العلاج .

ج - مدارس أخرى للعلاج النفسى

١- **مدرسة الجشطالت** : والعلاج يقوم فيها على النظرة الكلية أو التكاملية وإنهاء المتناقضات داخل الإنسان دون الإلتجاء إلى التنقيب فى الماضى ويقوم المعالج بمحاصرة المريض بأسئلته مما يضطره إلى مواجهه نفسه سعيا إلى التكامل ويهدف إلى ربط المريض بواقعه الفعلى لإحداث التكامل بين المريض وواقعه، ويرى المعالج الجشطالطى أن العرض النفسى نكوص الى مسالك طفلية لكى يعفى المريض نفسه من تحمل المسئوليات وتبعات الكبار وكى يعتمد على غيره .. ويركز العلاج الجشطالطى على هنا والآن و يستخدم السيكودراما وفنيات المقعد الخالى .

٢- **مدرسة العلاج الوجودى** : وتعتبر أن سبب المرض هو الخواء النفسى الذى يشعر به المريض وعدم وجود معنى لحياته ومهمة العلاج بالمعنى الوجودى هو أن يوضح للمريض أن لحياته معنى وتحويل الجوانب السالبة الى انجاز انسانى وتحويل يأس المريض الى امل ومحنته الى انجاز انسانى . . وأن يكون هناك حوار له دلالة وله معنى كامل وعلاقة عميقة مع آخر وأن يتخطى المريض هذا الحوار ويتجاوز نفسه ويتخطى الكائنان كيانهما الى الواقع والعالم المحيط بحيث يقدمان اضافة اليه تسعده وبالتالى تسعدهما .

وهناك مدارس نفسية كثيرة قدمت فهما لنفسية الانسان وتبعا لها قدمت طرق للعلاج النفسى مثل العلاج بالواقع والعلاج العقلانى الى آخر هذه المدارس.

د - العلاج النفسى الجماعى :

وهو العلاج الذى يتم فى إطار مجموعة من المرضى يتراوح عددهم من ثلاثة الى خمسة عشر مريضا مع معالج مدرب على الجماعى ويعاونه مساعد معالج ويسهلان التفاعل ويساعد افراد المجموعة كل منهم فى احداث تغير فى شخصيته عن طريق ديناميات التفاعل او تدعيم الأفراد فى المجموعة .. ويتم انتقاء الأفراد المتجانسين من حيث الاضطراب النفسى فلا يوضع مريض فصام

عقلى مع مرضى عصابيين.

ثانيا :العلاج البيئى والاجتماعى :

هذا النوع من العلاج يوجه أساسا الى البيئة التى يعيش فيها المريض وما يتعلق بعمله وطريقة معيشته ويشمل :

١- الناحية التدعيمية ومنها:

أ- مساعدة المريض ماديا إذا لم يكن له مصادر مادية ولا يستطيع العمل.

ب- شراء أجهزة تساعده فى التغلب على عاهته إن وجدت او تساعده على الكسب المادى ليستطيع المعيشة.

ح- مساعدته فى إيجاد عمل مناسب إن كان يستطيع ذلك وان كان يعمل عملا لا يستطيع القيام به أو مساعدته فى الحصول على عمل خفيف او أجازة من العمل حتى تتحسن حالته.

٢- علاقاته الاجتماعية وتشمل :

أ- الأسرة والأبناء والأقارب.

ب- زملاء العمل ورؤسائه مساعدته على تحسين علاقاته بهم وإفهامهم لحالته حتى يمكن مساعدته من جانبهم أيضا.

ويقوم بهذا الدور وهذا النوع من العلاج الاخصائية الاجتماعية حيث تقوم بزيارات لأسرة المريض ولجهة عملة وتساعده فى ذلك بالطريقة المتقدمة.

المراجع

أولا : المراجع العربية :

- (العقباوى) أحمد شوقى (١٩٨٩):حول ظاهرة الادمان جريدة الاهرام ١٢/ ٩٠

- (المدنى)عادل : مدخل الى العلاج النفسى وأشهر مدارسه.

- (جيلفورد) ج ب (١٩٨٤): ميادين علم النفس النظرية والتطبيقية المجلد الأول ،اشراف يوسف مراد ، منشورات علم النفس التكاملى ، الطبعة السادسة دار المعارف القاهرة.

- (حمودة) محمود (١٩٩٦) : الحقيقة الكاملة للمخدرات مجلة طبيبك الخاص عدد رقم ٢٠٥ (يناير).

- (دافيدوف)لندال (١٩٨٠) : مدخل علم النفس ، الطبعة الثانية ، ماكروهيل للنشر ترجمة سيد الطواب و آخرون ، دار المريخ الرياضى.

- (شاهين)عمر (الرخاورى) ويحيى (١٩٧٧): مبادئ الامراض النفسية مكتبة النصر الحديثة القاهرة الطبعة الثالثة.

- (شعلان) محمد محمد (١٩٧٧): الاضطرابات النفسية فى الاطفال - الجزء الأول الجهاز المركزى للكتب الجامعية الطبعة الأولى.

- (شعلان) محمد محمد (١٩٨٣):الطبيب انسانا محاضرات فى العلوم السلوكية للطبيب.

- (شعلان) محمد محمد (١٩٨٥): النفس والناس.

- (شعلان) محمد محمد (١٩٨٩): الادمان رؤية غير طبية من طبيب جريدة الاهرام ٣١/ ٨٠.

- (شوقى)مدحت عزيز (١٩٨٥): الطب والجنس كتاب الحرية (٣) دار الحرية

القاهرة.

- (شيهان) دافيد(١٩٨٨) : مرض القلق ، ترجمة عزت شعلان ، عالم المعرفة (١٢٤) المجلس الوطنى للثقافة والفنون والاداب الكويت.
- (صادق) عادل (١٩٨٩) : فى بيتنا مريض نفسى سلسلة كتاب الحرية العدد (٩) دار الحريةالقاهرة الطبعة الأولى.
- (عثمان) عبد اللطيف موسى(١٩٨٦) : أمراض الجهاز العصبى طبعة أولى.
- (عثمان) عبد اللطيف موسى(١٩٨٨) : الجنس أسراره ومشكلاته الطبعة الثانية.
- (عثمان) عبد اللطيف موسى (١٩٨٩): الادمان والمدمنون الطبعة الأولى.
- (عكاشه)أحمد (١٩٨٤) : الطب النفس المعاصر الأنجلو المصرية ١٦٥ش محمد فريد القاهرة.
- (عكاشه) (١٩٨٢) : علم النفس الفسيولوجى الطبعة السادسة ، دار المعارف القاهرة.
- (فينخل)أوتو (١٩٦٩) : ظرية التحليل النفسى فى العصاب ، ترجمة صلاح مخيمر وعبده ميخائيل رزق الانجلو المصرية ، القاهرة.
- (مصطفى) عبد الكريم (١٩٨٨): راسة وصفية تحليلية لعينة من المصريين المرضى باضطراب التحول رسالة ماجستير بطب الأزهر غير منشورة.
- (هول)كالفن ، (ليندزى) جارنر (١٩٨٧) نظريات الشخصية ترجمة فرج احمد فرج وآخرون ، توزيع الهيئة المصرية العامة للكتاب - القاهرة.
- (ويتيج)أرنوف (١٩٧٧) متقدمة فى علم النفس ، ماكحروهيل للنشر ترجمة عادل عز الدين الاشول وآخرون دار المريخ الرياض.

ثانيا: المراجع الاجنبية:

- American Psychiatric Association (1980): Diagnostic and statistical Manual of Mental Diorders, Pub. by Amer. Psychiat. Assoc. Washington D.C., 3rd Ed.

- ....(1987): Diagnostic and Statis. Man of mental Disord., Pub. by Amer. Psychiat. Assoc. Washington DC. 3rd Ed revised.

- American Psychiatric Assaciation (1994): Diagnostic and Statistical Mamual of Metal Disorders, pub. by Am. Psychiat. Ass., Washington DC, 4 th. Ed.

- Bird, J & Harrison, G. (1984): Examination notes in Psychiatry, John Wright & Sons Ltd. England.

- Bridgeman, (Bruce). (1980): The Bilogy of Behaviour, John Wiley & Sons, New Yerk, Ist ed.

- El- Rakhawy, M. T. (1977): Neuroanatomy for medical students, Al-Ahram Press, Cairo.

-English, H B. & English (Ava) . (1961): Comprehensive Dictionary of Psychological and Psychoanalytical trems, Longman, Green & Co. London.

-Fantozzi, R. etal., (1988): Clinical Experiences With Flumazenil in Benzodiazepine and Mixed-drug Overdoses, Resuscitation, 16, Supp., Elsevier Scientfic Pub. Ireland Ltd.

-Ganon, W. F. (1987): Review of medical Physiology, Appleton & Lange, California, Thirteenth ed.

-Gregory, I. & Smeltzer, D. (1983): Psychiatry, Essentials of Clinical Practice, Little, Brown & Comp., Boston, 2nd. ed.

- Guyton, A. C. (1977): Textbook of medical Phsiology, W B. Saunder, Company, 5th. ed.

- Hamilton, M. (1974): Fish's Clinical Psychopthology Signs and Symptoms in Psychiat., John Wright & Sons Ltd. Bristol.

- Hayman, S.E. (1985): Manual of Psychiatric Emergencies, (editor), Little Brown & Comp., Boston.

- Hollister, L. E. (1983): Clinical Pharmacology of Psychotheraputic drugs, New York, Churchill Livingstone.

- Kaplan, (Helen) S. (1974): The new sex therapy, Brunner, Mszel, New York.

- Kaplan, H. I. & Sadock, B. (1988): Synopsis of Psychiatry, Behavioral Sci. Clinical Psychiat., Williams & Wilkins, Baltimore.

- Kaplan, H. I. and Sadock, B. J. (1996): Poket Handbook of Psychiatric Drug Treatoment 2nd ed., Willcams Wilkins Baltimore, Maryland, USA.

- Kaplan, H.I, Sadock, B.J and Grebb, I.A. (1995): Synopsis of Psychicatry, Behavioural sciences and chinical Psychicatry, 7th. ed., pub by Williams and Wilkins, Baltimore, USA.

- Kaplan, H.I. & Sadock, B.J. (1996): Concise Textook of Chinical Psychicatry, Wlliams & Wilkins, Baltimore, USA.

- Lindsay, K.W., Bone, L & Callander, R. (1986): Neurology & neurosurgery illustrated, Churchill Livingstone, London.

- Okasha, A. (1980): Essentials of General Psychology for Medical Students, The Anglo-Egyptain, Cairo, 5th. ed.

- .....(1988): Okasha's Clinical Psychiatry, The Anglo-Egyptian, Cairo.

- Shaalan, M.M. (1982): Psychiatry, its role in undergraduate medical Studies.

- Sims, A. & Hume W, (1984): Lectures notes on blehavioural sciences, Blakwell scien. pub., London.

- Thompson, R.F. (1975): Introduction to physiological psychology, Harper & Row pub., New York.

- Winefield, H. R. & Peay, M. Y. (1980): Behavioural Sciences in Medicine, Univ. Park Press, Baltimore, I st. ed.

- World Health Organization (1978): Ninth Revision of The International Classification of Diseases, Mental disorders, W.H.O. Geneva.

- World Heath Orgnization (1992): ICD - 10 Chassification of Mental and Behavioural Disrdors, Chinical descriptions and diagnostic guidelines, WHO, Genevea.

- World Psychiatric Association (1988): Regional Symposium, October, Book of abstracts, Amer. Psychiat. Assoc., Washington Dc.

- Zaki. O. A. (1970): Revision for medical physiology, Al-Nasr Modern Bookshop, Cairo, 2nd. ed.

المحتـــويات

■ الباب الثالث ■

■ ألباب الرابع ■
الأمراض النفسية

■ الباب الخامس ■

المراجع

المؤلف فى سطور

مؤلف هذا الكتاب هو الدكتور / محمود عبد الرحمن حموده ، ولد عام ١٩٥١م ، بالشين محافظة الغربية ، ثم نشأ فى قريته منشأة شبراطو مركز قلين محافظة كفر الشيخ ، حيث حفظ القرآن الكريم بالأزهر إلى أن تخرج فى كلية طب الأزهر عام ١٩٧٦ م ، عين معيداً بقسم العصبية والنفسية وبعد حصوله على درجة الماجستير عين مدرساً مساعداً ، ثم حصل على دكتوراه الطب النفسى عام ١٩٨٥ م ، وعين مدرساً ، ويعمل الآن أستاذاً للطب النفسى بكلية الطب جامعة الأزهر .

درس التحليل النفسى وعلاج الأطفال والمراهقين وقام بعمل بحوث عديدة فى هذا المجال .

أشرف على العديد من رسائل الماجستير والدكتوراة فى الطب النفسى وشارك فى العديد من المؤتمرات العلمية بمصر والخارج .

قام بتدريس الطب النفسى الإكلينيكى والعلاج النفسى وطب نفس الأطفال والمراهقين فى كليتى آداب جامعة عين شمس والمنيا ومعهد الدراسات العليا للطفولة بجامعة عين شمس بالإضافة إلى تدريسه مادة الطب النفسى والعلوم السلوكية لطلاب مرحلة بكالوريوس الطب والدراسات العليا بكلية طب الأزهر وكلية الدراسات الإنسانية بجامعة الأزهر وكلية التربية جامعة عين شمس ومدارس التمريض التابعة لمستشفيات جامعة الأزهر .

- شارك فى دورات تدريبية عديدة عن التعليم الطبى فى مصر وهولندا ويعد المؤلف أحد خبراء التعليم الطبى بكلية طب الأزهر .

-عضو الجمعية الطبية المصرية ، والجمعية المصرية للطب النفسى ، والجمعية

المصرية للأمراض العصبية والنفسية وجراحة الأعصاب ، والجمعية العلمية المصرية للتدريب الجماعى .

ولقد منحته كلية طب الأزهر درع الكلية فى عيدها الفنى (١٩٩٠) .

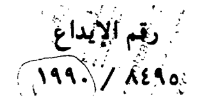
كما منحته نقابة الأطباء ميدالية الطبيب المثالى عيدها الذهبى (١٩٩٠).

- حصل على جائزة الدولة فى العلوم الطبية (١٩٩١).

- منح نوط الامتياز من الطبقة الأولى من السيد رئيس الجمهورية (١٩٩٥) .

كتب أخرى للمؤلف :-

١- كتاب (الطب النفسى . . الطفولة والمراهقة . . المشكلات "... والعلاج) وهو مرجع فى طب نفس الاطفال والمراهقين حسب أحدث التصنيفات العلمية، ومكتوب باللغة العربية .



رقم الإيداع
٨٤٩٥ / ١٩٩٠

إعداد الأصول والطبع
مركز كومبيوتر كلية الصيدلة
جامعة القاهرة
[كومبيوفارم]
شارع قصر العينى - القاهرة ١١٥٦٢ - جمهورية مصر العربية
ت ٣٦٢٩٤٦٥ - فاكس: ٣٦٢٤١٠٥



هذا الكتاب

يعرض للنفس من حيث تكاملها مع الجسد ووظائف النفس وكيف تحدث وما يؤثر فيها ، والأعراض المرضية التى تنشأ عن اضطراب هذه الوظائف ، وكيف تُجمع هذه الأعراض من خلال المقابلة الإكلينيكية وصولاً إلى التشخيص المتكامل.

كما يعرض الأمراض النفسية من خلال أحدث تصنيف لها، شاملاً كل ما يتعلق بها من صورة إكلينيكية ومسار وتنبؤ وانتشار وأسباب وعلاج، بالإضافة إلى باب خاص عن طُريق العلاج المختلفة فى الطب النفسى.

وهذا الكتاب مزود بالمصطلحات باللغتين العربية والأجنبية حتى يسهل تناوله لدراسى الطب كما يتيسر فهمه لدارسى الآداب والتمريض وغيرهم.

والكتاب حاصل على جائزة الدولة فى العلوم الطبية.